FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE 682 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Moncef LOUÇAIEF

Né le 16 Avril 1933, à Nabeul (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1965

LES MANIFESTATIONS HYSTERIQUES CHEZ LE TUNISIEN EN MILIEUX CIVIL ET MILITAIRE

•

A PROPOS DE 25 OBSERVATIONS

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Moncef LOUÇAIEF

Né le 16 Avril 1933, à Nabeul (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1965

LES MANIFESTATIONS HYSTERIQUES CHEZ LE TUNISIEN EN MILIEUX CIVIL ET MILITAIRE

•

A PROPOS DE 25 OBSERVATIONS

Président : M. DELAY, Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
	Polonovski (J.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Denoix (P.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
	Kuss (R.)
	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	N...
Pharmacologie	Cheymol (J.)
	Levy (Mlle J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezeloff (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Histologie	Coujard (R.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
	Richet (G.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	MM.
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut)	Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) - *Beaujon :* N... - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset (J.) - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.)	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	Padovani (P.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis)	Duperrat (F.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Bernard (J.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* Brouet (G.) - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) - *Lariboisière :* Sèze (S. de) *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.) - *Saint-Antoine :* Boudin (G.).	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Debray (Ch.)
— médecine infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)

Cliniques :	MM.
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladie de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin)	Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
— pédiatrie	Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière)	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— traumat, et orthopédique (R.-Poincaré)	Judet (R.)
— urologique (Cochin)	Aboulker (P.)
— urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	Domart (A.)
— (Lariboisière)	Bouvrain (Y.)
— (Pitié)	Rambert (P.)
— (Rothschild)	Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie	André (R.)
	Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses	Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.); Bour (H.); Grossiord (A.); Lambling (A.); Launay (Cl.); Payet (M.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).	
Neuro-chirurgie	Le Beau (J.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie	Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	Maduro (R.)
Pédiatrie	Polonovski (Cl.)
	Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.)
	Meyer (A.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	CABROL (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Physique médicale	COURSAGET (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)		GREMY (F.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
	GONNARD (P.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique .. .. SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseillers administratifs : Mlle CHAINTREUIL (G.), M. FAYE (R.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

En témoignage de mon affection.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Docteur ès Lettres
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine

L'honneur qu'il nous fait en présidant le Jury de cette Thèse n'a d'égal que l'admiration que nous avons pour lui.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE PICHOT

Professeur de Psychologie Médicale

Nous devons beaucoup à son enseignement et à sa chaleur humaine.

A Mademoiselle le Docteur Thérèse LEMPÉRIÈRE

Médecin-Assistant à l'Hôpital Sainte-Anne

Maître-Assistant à la Sorbonne

Nous lui sommes particulièrement reconnaissant pour la gentillesse avec laquelle elle a accepté de diriger ce travail.

A L'ÉCOLE DE SAINTE-ANNE

Nous lui restons attaché par le cœur et par l'esprit.

A Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile

A Monsieur le Professeur Raymond GARCIN

Professeur de Clinique Neurologique

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A NOTRE CONFRÈRE ET AMI

le Docteur Sleim AMMAR

Chef de Service à l'Hôpital Razi de la Manouba

Il nous a beaucoup aidé à constituer les bases de ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance.

PLAN

I. — Introduction

II. — Aperçu historique

III. — Etude du matériel

1) Matériel militaire :
— Etude d'ensemble
— Observations et commentaires

2) *Matériel civil :*
— Etude d'ensemble
— Observations et commentaires

IV. — Bibliographie

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Le sujet de thèse que nous nous proposons de traiter concerne les manifestations hystériques chez l'homme en Tunisie.

Le matériel que nous présentons est assez hétérogène puisqu'il comporte des malades civils et des malades militaires, et parmi ces derniers, des engagés volontaires.

Nous estimons, quant à nous, que c'est une chance, dans la mesure où les possibilités de comparaison sont diversifiées. Au demeurant, nous aurions aimé inclure dans ce travail l'étude des manifestations hystériques chez la femme en Tunisie, si elle n'avait déjà fait l'objet de publications [1].

L'hystérie est une maladie dont la connaissance remonte à l'Antiquité, qui a toujours suscité le plus vif intérêt et les débats les plus passionnés et qui reste toujours d'actualité.

En 1910, A. Binet et Th. Simon écrivaient déjà :

> « En France, presque toute la psychologie s'est développée sur cette maladie comme base, et la femme hystérique est devenue pour les psychologues une grenouille de laboratoire. »

La notion que l'hystérie est très fréquente en Afrique du Nord a toujours retenu notre attention. Nous ne pouvions pas ne pas consacrer notre thèse à un tel sujet.

Nous envisagerons, dans une première partie, un bref historique du concept d'hystérie et une brève revue de la littérature. Dans la deuxième partie, nous aborderons l'étude de notre matériel. Nous avons jugé bon de séparer l'étude des malades civils de celle des malades militaires.

---

(1) Sleim Ammar et E. M'Barek, « L'hystérie chez la jeune fille et la femme tunisiennes », *La Tunisie Médicale*, juillet-août 1961, n° 4.

De telle sorte que cette deuxième partie se subdivisera en deux : l'étude des malades militaires, avec d'abord une étude d'ensemble, puis un exposé commenté des observations ; ensuite, l'étude des malades civils, suivant le même plan. Dans les commentaires, nous essaierons de dégager les point les plus intéressants ; nous comparerons nos observations avec celles qui ont été rapportées dans d'autres pays, notamment en Algérie.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE

Le concept d'hystérie est le plus vieux concept de la psychiatrie : il date d'HIPPOCRATE.

C'est également le concept qui a suscité les plus grandes controverses. De nos jours encore, on ne peut pas dire que l'accord soit parfait. En 1958, Paul CHODOFF et Henry LYONS écrivaient :

> « L'hystérie est couramment utilisée dans au moins cinq sens ... La commission chargée de réviser la section psychiatrique du *Diagnostic and Statistical Manual* n'a pas réussi à se mettre d'accord sur une définition de la personnalité hystérique. »

C'est dire que le concept d'hystérie est toujours d'actualité. Cette année encore (septembre 1965), pour le *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française,* le rapport de psychiatrie présenté par le Docteur LEMPÉRIÈRE (de Paris) et le Professeur SCHNEIDER (de Lausanne) a pour titre : « Symptômes hystériques et personnalité hystérique. »

Dans un récent article, H. EY résume l'évolution du concept d'hystérie en deux mouvements extrêmes :

— d'une part, l'hystérie existe comme une affection cérébrale ;
— d'autre part, l'hystérie existe comme n'étant pas une maladie organique.

Nous y ajouterons un troisième mouvement, le premier en date : l'hystérie est une maladie utérine. Nous distinguerons ainsi, dans l'évolution du concept d'hystérie, trois périodes :

A) Une période « antique » et « médiévale », inaugurée par HIPPOCRATE et s'étendant jusqu'au début du XVII^e^ siècle : c'est la théorie utérine de l'hystérie.

B) Une période de « Renaissance », inaugurée par CHARCOT et l'Ecole de la Salpêtrière. Pendant cette période, un pas décisif

a été franchi dans la connaissance des manifestations hystériques. L'apport de JANET et de FREUD devait servir de base à la connaissance de la personnalité hystérique.

C) Une période « contemporaine » : pendant les trente ou quarante dernières années, les auteurs se sont surtout attachés à la définition de la personnalité hystérique.

A) LA THEORIE UTERINE DE L'HYSTERIE

HIPPOCRATE attribuait l'hystérie à l'utérus :

« Animal sensible, mobile, qui se déplace et se porte dans diverses régions du corps. C'est surtout chez les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels et chez celles d'un certain âge plutôt que chez les jeunes, que les mouvements sont faciles, parce que les vaisseaux sont plus vides, et que la matière désséchée est aussi vide et légère. Dans ses mouvements, la matrice peut provoquer plusieurs symptômes : la suffocation hystérique, les vomissements, les douleurs gravatives de la tête, la cardialgie, l'orthopnée, le trismus, avec face livide ; les symptômes ne cessent que si on détache la matrice du foie auquel elle adhère, en la poussant en bas avec la main. »

Le traitement de l'hystérie était la grossesse.

Cette conception attribuait donc l'exclusivité de l'hystérie à la femme. Elle prévalut jusqu'au début du XVII[e] siècle. Charles LEPOIX a été le premier auteur à penser que l'hystérie pouvait également se rencontrer chez l'homme (1618). Il plaça le siège de l'hystérie dans l'encéphale. Il décrivit des hystéries infantiles, masculines et séniles.

Mais la théorie utérine garda encore bien des défenseurs. En 1845, l'Académie de Médecine ayant organisé un concours sur l'hystérie, décerna le premier prix ex-aequo à BRACHET qui soutenait la théorie nerveuse cérébrale et à LANDOUZY qui rapportait l'hystérie à des excitations parties de l'utérus et de ses annexes.

En 1859, BRIQUET soulignait que l'hystérie peut être masculine : sur 430 cas d'hystérie, il n'avait toutefois observé que 7 cas d'hystérie masculine. Pour cet auteur :

« L'hystérie s'expliquait par la perturbation d'actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations actives et des passions. »

Nous voyons donc que si la théorie utérine a été controversée dès 1618, elle n'a été définitivement abandonnée qu'au milieu du XIX[e]

siècle. La notion d'hystérie masculine devait se confirmer par la suite. Cependant, la fréquence de l'hystérie chez l'homme restait faible, voire minime, par rapport à celle observée chez la femme. Ce n'est qu'en période de guerre que cette fréquence devient considérable. Nous pensons que cette pathologie de guerre est assez exceptionnelle et assez intéressante, dans son évolution, pour être envisagée séparément.

Sur le plan pathogénique, l'hystérie est devenue, avec BRIQUET, une « névrose d'encéphale », une « maladie nerveuse », qui ne se confond pas avec les affections proprement neurologiques. Un premier pas était donc fait dans le démembrement de l'hystérie. BRIQUET a élargi le champ de l'hystérie. Mais ce n'est que dans les dernières années du siècle que l'hystérie a été véritablement mise en « chantier », par des auteurs aussi prestigieux que CHARCOT et BABINSKI, JANET et FREUD, et dans des perspectives aussi différentes que celles de la neurologie, de la psychologie et de la psychanalyse. Cela explique, dans une certaine mesure, la naissance des deux mouvements extrêmes auxquels H. EY fait appel, pour schématiser l'évolution historique du concept d'hystérie. En même temps, une ère nouvelle était inaugurée.

B) CHARCOT ET L'ECOLE DE LA SALPETRIERE

CHARCOT s'étant chargé d'un pavillon d'hystériques à la Salpêtrière se trouva, suivant l'expression de P. MARIE, « plongé en pleine hystérie ».

Cela n'implique pas, comme on pourrait le croire, une évaluation quantitative de l'hystérie. En effet les publications de CHARCOT et de son Ecole n'ont porté que sur 24 cas (de MORSIER, cité par H. EY). et durant une année scolaire, sur 3168 consultants, il y avait eu seulement 244 hystériques. (G. GUINON, secrétaire de CHARCOT).

Quoique neurologiste de formation, CHARCOT témoignait d'un vif intérêt à l'égard de la psychologie. C'est sur son initiative que fut fondée la Société française de Psychologie Physiologique (1885) et c'est lui qui créa, à la Salpêtrière, un laboratoire de psychologie dont il confia la direction à P. JANET. CHARCOT était même persuadé de la nécessité d'introduire l'étude de la psychologie dans l'enseignement médical.

CHARCOT s'est également intéressé à l'hypnotisme et ses premières recherches datant de 1878.

> « Il est possible, disait-il, de faire naître par voie de suggestion, d'intimation, une idée, un groupe cohérent d'idées associées qui s'installent dans l'esprit à la manière d'un parasite, restant isolées de tout le reste et pouvant se traduire par des phénomènes moteurs correspondants. La paralysie hystérique est une paralysie d'origine psychique, une paralysie dépendant d'une idée, une paralysie imaginaire, car en somme ces insuffisances motrices, développées par un trouble psychique, sont objectivement tout aussi réelles que celles qui dépendent d'une lésion organique » (*Œuvres complètes, III*).

De plus, en agissant sur l'esprit du malade par voie de suggestion, CHARCOT reproduisait la paralysie hystérique, même à l'état de veille.

Les phénomènes hypnotiques devaient être rattachés à la physiologie et à la pathologie nerveuse : les symptômes produits dans cet état, donnaient une démonstration anatomique de la réalité d'un état particulier du système nerveux.

Les phénomènes hystériques qui admettent une composante de suggestion, ne sont pas réductibles à celle-ci ; au contraire, c'est la maladie nerveuse qui conditionne la suggestibilité hystérique.

Le point de départ de CHARCOT était donc que l'hystérie est une maladie nerveuse ; les phénomènes hystériques étaient expliqués dans une perspective neurologique. En neurologiste, CHARCOT a recherché systématiquement tout ce qui pouvait rapprocher la pathologie hystérique de la pathologie cérébrale. En particulier il pensait que l'aphonie ou le mutisme hystérique pouvait s'accompagner d'agraphie et même de surdité ou de cécité verbale, donc se rapprocher de l'aphasie.

Mais il semble bien que CHARCOT ait considérablement révisé ses opinions par la suite. D'après CHASLIN,

> « c'est sous l'influence de P. JANET que CHARCOT s'aperçut de la puissance de la suggestion et de l'auto-suggestion et commença à parler de la puissance de l'idée. L'influence de JANET devait finir par le pousser complètement dans cette voie, sans qu'il s'aperçût de la contradiction avec ses premières affirmations ».

A la même époque, BINET et SIMON écrivaient :

> « Soit de lui-même, soit plutôt sous l'influence de ses élèves, CHARCOT remit en honneur la suggestion dans son service ; c'était bien le contre-pied de son enseignement antérieur, mais il ne s'en aperçut pas... CHARCOT vieillissant, s'imaginait que c'était lui qui avait eu l'idée, de faire de l'hystérie une maladie mentale. »

Ainsi « CHARCOT devint le meilleur élève de l'Ecole de Nancy, sous l'influence de P. JANET ». (FÉRÉ, cité par CHASLIN).

La critique des idées de Charcot : l'Ecole de Nancy

L'Ecole de Nancy était représentée par LIEBEAULT, BERNHEIM, BEAUNIS et LIÉGEOIS. Mais c'est surtout BERNHEIM qui a combattu la systématisation de l'hypnose et de l'hystérie opérée par CHARCOT ; il a soutenu que les divers états hypnotico-hystériques réalisés à la Salpêtrière, étaient dus uniquement à la volonté de l'expérimentateur influençant d'une manière inconsciente le patient.

> « Ces phénomènes ne sont réalisés que lorsque les sujets savent qu'ils doivent les réaliser, soit pour avoir vu ces phénomènes réalisés par d'autres sujets, soit pour en avoir entendu parler. L'hypnotisme de la Salpêtrière est un hypnotisme de culture. » (BERNHEIM, *Le Temps,* 1891).

Pour BERNHEIM, l'hystérie est psychogène :

> « La crise d'hystérie est toujours d'origine émotive, c'est une réaction psycho-dynamique exagérée, déterminée par certaines émotions ; elle peut se répéter par de nouvelles émotions ou par auto-suggestion » (BERNHEIM, *L'hystérie,* 1913).

Dans la « Préface » de l' « Automatisme et Suggestion », BERNHEIM affirme :

> « Il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestibilité et tout le monde est suggestible dans une certaine mesure. De l'ancien hypnotisme est née la suggestion. »

Ainsi, la suggestion était née de l'hypnotisme, comme l'hypnotisme était né du magnétisme animal de MESMER à la suite des expériences du médecin anglais BRAID.

En même temps que CHARCOT et que l'Ecole de Nancy, Pierre JANET aborda à la Salpêtrière le problème de l'hystérie, au moment, suivant l'expression de H. EY, où les phénomènes « médiumniques », les « doubles personnalités », les amnésies, les léthargies, les crises et attaques, les états seconds et l'hypnotisme défrayaient la chronique médicophilosophique.

En 1889, P. JANET publie « l'Automatisme psychologique ». C'est son premier ouvrage et sa thèse de doctorat en philosophie. Il n'était pas encore docteur en médecine.

JANET avait eu connaissance des travaux de BOURRU et BUROT sur la régression expérimentale par suggestion hypnotique et l'utilisation des « souvenirs éteints » comme traitement des manifestations hystériques.

Plus tard, JANET a vérifié cette méthode et l'a utilisée sur des malades qui sont restées célèbres : Léonie, Rose et Marie. En fait, il s'agissait de la méthode cathartique ; mais il semble que sur le moment JANET n'ait pas mesuré exactement l'importance de la méthode qu'il venait de découvrir.

Sur le plan pathogénique, JANET rapportait les manifestations hystériques à un état de désagrégation psychologique :

> « Les phénomènes automatiques, l'effet de division de la personnalité se rattachent, comme tous les symptômes pathologiques, par des transitions innombrables aux phénomènes de la psychologie normale, et l'on peut discuter indéfiniment sur la limite entre la maladie et la santé. »

En 1892, P. JANET publie « L'état mental des hystériques » ouvrage préfacé par CHARCOT. Ses travaux ont porté sur un matériel de 132 observations.

L'hystérie y est définie, comme « une forme de désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité ». Il compare, point par point, les manifestations de l'hystérie et celles de la psychasthénie et conclut :

> « il nous paraît impossible de séparer complètement deux maladies aussi voisines ».

En 1898, dans son livre « Névroses et Idées fixes », il réduit l'essentiel des phénomènes hystériques à la notion d' « idées fixes ».

En 1908, il publie « des Névroses ». L'hystérie y est définie comme étant

> « une forme de la dépression mentale caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctionsqui, par leur synthèse, constituent la personnalité ».

Il maintient le rapprochement entre hystérie et psychasthénie, tout en faisant ressortir une différence de « nature » entre les deux affections :

> « Les hystériques, comme les psychasthéniques, n'ont perdu que les plus hauts degrés de l'action ; mais les premiers ont perdu l'action consciente et personnelle, tandis que les deuxièmes n'ont perdu que l'action volontaire et libre. »

C'est ce que P. PICHOT formule quand il écrit :

> « Au total, ce rétrécissement (du champ de la conscience) qui est commun aux deux types de névrose, se fait dans la psychasthénie aux dépens de l'intensité, dans l'hystérie aux dépens de l'extensité. Ceci aboutit chez le psychasthénique au déclin de la

fonction du réel, chez l'hystérique à une labilité et à un manque de cohérence de la structure de la personnalité. » (*Bulletin de Psychologie*, 5 novembre 1960).

La théorie de P. JANET est-elle une théorie psychologique de l'hystérie ? On est tenté de le croire. Tel n'est pas l'avis de H. EY qui écrit :

« Certes, elle montre les caractéristiques psychologiques de cette névrose, mais elle implique une modification profonde de la conscience et de la personnalité, c'est-à-dire en dernière analyse, une désorganisation de l'activité nerveuse supérieure. C'est d'ailleurs pourquoi il (P. JANET), fut toujours très attentif aux dysfonctionnements, à l'abaissement de la tension psychologique, aux états de faiblesse psychique, de sommeil et de fatigue. C'est bien en effet comme un processus de dissolution des fonctions psychiques qu'il envisageait l'hystérie, plus près en cela de CHARCOT que de FREUD. »

En 1895, FREUD publie ses premiers travaux, en collaboration avec BREUER. Ayant subi l'influence de CHARCOT, mais surtout celle de BERNHEIM, il interprète la force de suggestion comme une force interne, celle de l'inconscient, contenu latent qui se cache derrière le contenu manifeste, par un jeu de déguisement symbolique. Il pense que l'hypnose est un mauvais procédé ; la névrose doit au contraire, être prise dans le transfert pour être liquidée avec lui.

Sur le plan pathogénique, le rôle du facteur psycho-sexuel lui apparaît déjà comme déterminant.

Sur le plan thérapeutique, le rôle de la méthode cathartique est fondamental. En réalité, cette méthode avait déjà été appliquée par FREUD et BREUER, deux années plus tôt, et publiée dans une « Communication préliminaire » (1892). Les « Etudes sur l'hystérie » ne devraient « qu'illustrer et confirmer cette thèse ».

Quoi qu'il en soit, si la méthode cathartique peut être considérée comme l'échelon central de la psychanalyse, l'importance des « Etudes sur l'hystérie » est capitale, dans la mesure où elles ont ouvert la voie à la psychanalyse proprement dite. En 1908, FREUD écrivait dans l'avant-propos de la deuxième édition :

« Le lecteur attentif trouvera en germe, dans ce livre, tout ce qui s'est ultérieurement ajouté à la théorie cathartique : le rôle du facteur psychosexuel, celui de l'infantilisme, la signification des rêves et le symbolisme de l'inconscient. »

Plus tard, à propos du cas DORA, FREUD aura recours à l'idée de régression. La névrose hystérique est caractérisée, du point de vue de sa structure inconsciente, par la fixation et la régression à la

phase œdipienne ou génitale. C'est l'angoisse caractéristique de cette phase du développement, celle de la culpabilité sexuelle, de la castration, des complexes incestueux, c'est cette angoisse qui constitue la force inconsciente contre laquelle l'hystérique se défend par la conversion sur le plan somatique du conflit inconscient.

Alors que P. JANET insistait sur l'aspect déficitaire de la névrose, FREUD mettait l'accent sur un aspect positif de la névrose, la poussée des forces inconscientes.

En 1901, à la *Société Neurologique*, BABINSKI expose l'essentiel de sa thèse. Il utilise un néologisme pour définir l'hystérie : les manifestations hystériques sont des troubles que l'on peut guérir par la persuasion :

> « L'hystérie est un état psychique qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primaires et, accessoirement, par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primaires, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets, avec une exactitude rigoureuse, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires c'est qu'ils sont étroitement liés à des troubles primaires. »

En 1906, il souligne l'identité de l'hystérie et de l'hypnotisme :

> « Hystérie et Hypnotisme sont faits de la même pâte, ils se confondent l'un avec l'autre. »

Il rejette la conception de JANET et reprend sa définition de 1901, « aucun neurologiste ne l'ayant contestée ».

En 1910, à la *Société de Neurologie et de Psychiatrie*, BABINSKI envisage l'hystérie dans ses rapports avec l'émotion. Il soutient que l'émotion seule, quelle que soit son intensité, n'engendre pas de troubles hystériques. « Quand une émotion sincère, profonde, secoue l'âme humaine, il n'y a pas de place pour l'hystérie ». Il avance comme arguments deux ordres de faits :

— d'une part, les accidents de chemin de fer ne donnent pas de troubles hystériques ; il cite l'exemple des 2 000 rescapés de la catastrophe de Messine ;

— d'autre part, les résultats d'une enquête qu'il a effectuée dans les morgues de l'hôpital des Enfants Malades et de la Salpêtrière : sur une période de vingt-cinq ans, les garçons n'ont jamais vu de troubles hystériques et n'ont jamais fait appel à l'interne de garde.

> « A cette époque, dit BABINSKI, tandis que nous assistions parfois dans une seule après-midi à 10 ou 15 attaques, tandis que les paralysies et les contractures hystériques les plus variées se

développaient journellement, à 200 m de distance, en un lieu lugubre où l'émotion est toujours prête à exercer son action, les accidents hystériques n'avaient jamais fait apparition. »

Quant aux émotions faibles, BABINSKI convient qu'elles sont capables d'engendrer des accidents hystériques. Dans ce cas, il s'agit d'un besoin pathologique de s'exagérer à soi-même les manifestations de son émotion et les rendre plus impressionnantes pour les spectateurs.

« L'état d'esprit de l'hystérique ne saurait être plus exactement comparé qu'à celui de l'acteur. Pour que se développent ces accidents, l'hystérique, comme l'acteur pour jouer, a besoin d'un public. Mais l'hystérique se prend à son propre jeu et la crise hystérique est à moitié simulée et à moitié sincère. »

Ainsi BABINSKI entrevoyait certains aspects fondamentaux de la personnalité hystérique, telle que nous la concevons actuellement.

L'œuvre de BABINSKI comporte plusieurs aspects. C'est à lui que revient le mérite d'avoir délimité avec précision le domaine de l'hystérie et de l'avoir définitivement isolé du domaine organique. Pour lui, l'hystérie ne pouvait pas être symptomatique d'un processus organique quelconque. L'hystérie est pure ou n'est pas, car elle ne peut être définie que par la suggestion « qui implique que la volonté est maîtresse des troubles qu'elle a produits » (*Semaine Médicale*, 1909). Mais les critères de BABINSKI étaient trop restrictifs et pour autant de rigueur, l'hystérie risquait d'être rejetée hors de toute réalité. Il a excellé à dire ce que l'hystérie n'est pas ; il l'a démystifiée ; mais en la définissant par le pithiatisme, il l'a, en un sens, remystifiée.

Sur le plan pratique, il semble toutefois que BABINSKI ait eu des succès thérapeutiques considérables. En 1912, Ph. CHASLIN écrivait :

« On ne voit presque plus d'hystérie ... C'est à peine si j'ai rencontré cinq hystéries à la consultation externe de la Salpêtrière en dix-huit mois. Et ce qu'on rencontre, c'est de la toute petite hystérie. »

Il en attribuait le mérite à BABINSKI et reprenait à son compte une phrase de celui-ci :

« L'hystérie est une maladie entretenue par les médecins, comme au Moyen Age elle avait été entretenue par les prêtres. »

Il ajoutait :

« C'est depuis BABINSKI que " l'hystérie à grand orchestre " de CHARCOT disparut. »

En 1907, le *Congrès des Aliénistes* est consacré à la « définition et à la nature de l'hystérie ». Dans son rapport, CLAUDE, en collabo-

ration avec RAYMOND, considère « la psycho-névrose hystérique » comme une tendance à la désagrégation des états psychiques par « trouble du régime des réflexes corticaux ou sous-corticaux ». L'hystérie germe sur un terrain, le « nervosisme », caractérisé par une exagération de l'émotivité et de la réceptivité sensitivo-sensorielle. Le nervosisme est à l'hystérie ce que l'arthritisme est à la goutte ; il est commun à l'hystérie, à la neurasthénie, à la psychasthénie et à l'épilepsie.

Pour SOLLIER,

« l'hystérie n'est pas une entité morbide, c'est un mode spécial de réagir du système nerveux et particulièrement de l'écorce cérébrale, qui a tendance à rester fixé dans les états de moindre activité où il se trouve amené par différentes causes physiques et morales ».

Pour SCHNYDER (de Berne), l'hystérie

« est une malade de l'enfance de l'humanité. Elle ne peut être considérée comme l'attribut des peuples ayant une civilisation trop raffinée. Elle n'appartient pas aux périodes de décadence ».

Il existe chez l'enfant une hystérie physiologique. Or, la mentalité de la femme se rapproche de la mentalité de l'enfant.

Chez l'homme, l'hystérie n'existerait que parmi les représentants des classes prolétaires.

« Les luttes infructueuses pour les revendications sociales, les ambitions déçues conduiraient à une révolte morale qui, à son tour, conduirait à l'hystérie. »

Pour BERNHEIM, « l'entité morbide décrite sous le nom d'hystérie n'existe pas ». Il propose de remplacer le mot hystérie par « crises de nerfs ». Celles-ci ne seraient qu'une réaction émotive, psychodynamique, un réflexe émotif se développant chez certains sujets, à la suite d'émotions greffées sur les maladies psychiques, toxiques ou diverses, qui créent de l'anxiété, laquelle devient, chez certains, hystérogène.

Les « stigmates » hystériques n'existent pas. Quant au « caractère » des hystériques, on ne le voit que dans les romans. L'hystérie, en tant qu'épiphénomène, peut toujours être supprimée par l'éducation du sujet.

Parmi les théories défendues lors de ce Congrès, celles de SOLLIER et de CLAUDE semblent les plus intéressantes, dans la mesure où elles ont ouvert la voie à des recherches plus approfondies et à des idées plus précises sur l'hystérie en tant que trouble fonctionnel de l'activité nerveuse supérieure. En ce sens, le Congrès de 1907 a préparé le Congrès de 1935.

En 1912, le *Congrès des Aliénistes* est de nouveau consacré à l'hystérie. Dans leur rapport, DUPRÉ et LOGRE envisagent l'hystérie dans la perspective d'une pathologie de l'imagination. Ils insistent sur le caractère mythomaniaque de l'hystérique et sur sa faculté mythoplastique de réaliser l'image.

En 1923, Kurt SCHNEIDER range les hystériques parmi les « personnalités psychopathiques ». Pour lui, ce sont des psychopathes qui « ont besoin de se faire valoir ». Il reprend à son compte la formule de JASPERS : « Paraître plus qu'on est. » Ce besoin de paraître davantage qu'on est intérieurement ou en apparence, se satisfait de diverses manières : une existence excentrique, l'outrance, la vanité, la vantardise, la gasconnade, la fanfaronnade et surtout la mythomanie à laquelle appartient la puissance d'imagination.

Mais si le besoin de se faire valoir appartient au caractère hystérique, celui-ci n'en a pas l'exclusivité.

En 1926, KRETSCHMER publie « Die Hysterie ». Dans une perspective neurophysiologique, il admet que « l'appareil hystérogène » est contenu dans les structures psychiques et nerveuses archaïques, et que lorsque l'unité volitionnelle est rompue, ces systèmes idéo-affectifs s'émancipent. Il reconnaît à la structure psychique trois niveaux :

— le niveau du projet volontaire, supérieur ;
— le niveau de l'arc réflexe, inférieur ;
— le troisième niveau, intermédiaire, est celui des mécanismes hypobouliques qui intéresse le comportement hystérique, avec les mouvements de réaction au danger (panique infantile) ou de réflexe d'immobilisation (« tod-reflexe »), et les processus hypnoïdes de pensée, comportant l'identité de l'image, de l'idée et de l'action.

En 1935, le *Congrès des Aliénistes* est consacré à l'hystérie. Sur la base des théories développées par CLAUDE et SOLLIER, après des recherches sur l'activité volontaire et les troubles psychomoteurs des hystériques, BARUK a pu rapprocher les phénomènes névrotiques de la catatonie, leurs symptômes ayant une « apparence volontaire ».

Envisageant l'hystérie dans ses rapports avec les fonctions diencéphaliques, VAN BOGAERT, sur la base du « syndrome excito-moteur » post-encéphalitique décrit par P. MARIE et des « crises hystériformes » décrites par MARINESCO et ses collaborateurs chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, VAN BOGAERT rapproche les phénomènes hypnotiques et hystériques des syndromes d'expressivité involontaire du diencéphale ainsi décrits.

En 1956, l'introduction en thérapeutique psychiatrique de la prochlorpémazine devait conduire à des constatations intéressantes. Au Congrès de Bordeaux, Broussolle et Dubor, abordant les phénomènes d'intolérance du médicament, signalaient des syndromes moteurs atypiques qu'ils attribuaient à un effet « hystérisant ». La symptomatologie observée évoquait le pithiatisme : phénomène de la main d'accoucheur, crampes para-vertébrales, attitude d'opisthotonos, crise d'allure athétosique avec attitudes compliquées, tenaces, récidivantes, de déviation de la tête, de torsion du rachis, d'extension des membres.

En 1957, Delay et ses collaborateurs rattachent ces manifestations nerveuses à la pathologie extrapyramidale, plus précisément au « syndrome excito-moteur » post-encéphalitique de P. Marie et G. Lévy ; ils les intègrent dans l'ensemble du syndrome excito-moteur provoqué par les neuroleptiques et décrit par Delay et Deniker. Pour ces deux auteurs, ces crises hystériformes s'accompagnant de suggestibilité et réductibles par la persuasion réalisent de « véritables états névrotiques expérimentaux », mais « leur relation avec la sémiologie extrapyramidale est incontestable ».

Ainsi, les manifestations nerveuses de l'encéphalite épidémique étaient reproduites par les neuroleptiques une quarantaine d'années plus tard.

Dans une perspective analogue, Delay, Klotz et leurs collaborateurs ont souligné les rapports qui existent entre l'hystérie de caractère et la tétanie chronique constitutionnelle, aussi bien sur le plan clinique que sur le plan psychométrique (M.M.P.I.). Dans l'interprétation des faits, Delay rapproche ces manifestations hystériques et tétaniques de celles du syndrome excito-moteur provoqué par les neuroleptiques. Il distingue nettement ce mode de réaction hystérique de l'hystérie proprement dite. Il formule l'hypothèse

> « qu'à l'origine du mode de réaction hystérique comme à l'origine du mode de réaction tétanique, il existe un certain type de dysfonctionnement nerveux des centres sous-corticaux ».

Il y a donc lieu de distinguer deux aspects dans l'étude de l'hystérie : la « réaction de conversion » et « la personnalité hystérique ». La période contemporaine a été marquée par des travaux effectués dans chacune de ces deux perspectives. Sur la base des conceptions développées au début de ce siècle, l'approche de la réalité organique des manifestations hystériques s'est réalisée grâce à la neurophysiologie, à la neuropathologie et dans une certaine mesure, à la psychopharmacologie.

Parallèlement à ce mouvement, l'approche de la personnalité hystérique s'est réalisée grâce à la psychologie et à la psychométrie. Ce

dernier mouvement a marqué plus spécialement la période contemporaine. Comme nous l'avons indiqué plus haut, le *Congrès de Psychiatrie* de 1965 est consacré à l'étude des symptômes hystériques et de la personnalité hystérique.

C) PERIODE CONTEMPORAINE : LE CADRE ACTUEL DE L'HYSTERIE

1) La « personnalité hystérique »

D'après les auteurs américains CHODOFF et LYONS, Wilhelm REICH et Fritz WITTELS ont été les premiers à définir valablement la personnalité hystérique. Ils ajoutent :

> « Depuis ces deux publications, il n'y a pas eu, dans la littérature, de contributions à la définition de la personnalité hystérique sur des critères spécifiques. »

CHODOFF et LYONS ont alors adopté la méthode statistique. Ils ont consulté toutes les publications faites sur la personnalité hystérique, des plus anciennes aux plus récentes et en ont fait la synthèse, sur une base statistique. Ils en concluent :

> « La personnalité hystérique est un terme applicable aux personnes qui sont vaniteuses et égocentriques, dont l'affectivité est labile et explosive, mais peu profonde, dont le comportement dramatique, la tendance à vouloir attirer l'attention et l'histrionisme peuvent atteindre les extrémités du mensonge et même du fantastique. Ce sont des personnes très polarisées sur le sexe, sexuellement provocantes encore que frigides. »

Le critère de suggestibilité est abandonné par les auteurs modernes. CHODOFF et LYONS lui substituent un autre critère, retrouvé fréquemment dans les publications récentes : le caractère revendicateur et le besoin de dépendance.

Le problème qui se pose alors est d'envisager les rapports qui existent entre les « réactions de conversion » et la « personnalité hystérique ». Sur 17 cas d'hystérie diagnostiqués « réactions de conversion », la « personnalité hystérique » n'a été retrouvée que dans 3 cas (deux femmes et un homme). Il convient donc, d'après ces auteurs, de parler de « réaction de conversion » plutôt que d' « hystérie de conversion » et de distinguer nettement la réaction de conversion de la personnalité hystérique.

Pour DELAY :

« Les éléments les plus importants de la personnalité hystérique sont la labilité et la superficialité de la vie émotionnelle, l'histrionisme, l'égocentrisme, la tendance à l'érotisation et la frigidité sexuelle, la mythomanie et l'absence de pénétration psychologique de soi-même et des autres. Classiquement, les symptômes hystériques se développent sur ce terrain. »

Pour PICHOT :

« Cette liaison n'a rien d'absolu. La personnalité hystérique se retrouverait seulement dans 25 % des cas. »

Pour LJUNGBERG, les manifestations hystériques ne s'observent pas seulement sur des personnalités hystériques, mais encore chez les psychasthéniques et les arriérés affectifs.

Un dernier point reste à envisager. Il s'agit de la fréquence des manifestations hystériques et de la personnalité hystérique, et de leur répartition suivant le sexe.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que les manifestations hystériques s'observent dans les deux sexes, avec cependant une prédominance plus ou moins nette chez la femme. C'est ainsi que LJUNBERG trouve une proportion de 66 % chez la femme.

Il n'en va pas de même des personnalités hystériques. Sur les 17 cas de « réaction de conversion » retenus par CHODOFF et LYONS, il y avait 15 hommes et 2 femmes. Sur ces 17 cas, 3 personnalités hystériques ont été retenues et, pour ces trois derniers cas, il y avait deux femmes et un homme. Donc, la « personnalité hystérique » était observée chez les hommes une fois sur 15 et chez les femmes deux fois sur deux.

Les auteurs en concluent :

« Ce résultat ne fait que confirmer l'opinion bien connue, suivant laquelle la personnalité hystérique s'observe beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme. »

Pour expliquer ce fait, ils reprennent à leur compte la théorie de FREUD et de l'Ecole Psychanalytique moderne : la femme serait prédisposée à avoir une personnalité hystérique, étant donné

« la vague massive de répression qui lui est nécessaire pour effectuer son changement de libido ».

D'autre part, ils soulignent un fait historique. L'hystérie chez la femme a toujours été décrite par des psychiatres hommes qui ont pu faire naître des réponses qui n'auraient pas été obtenues par des examinateurs femmes. La description faite par les hommes donne l'im-

pression d'équivaloir à une caricature de la féminité. Cela conduit à penser que l'homme qui répond aux critères de la « personnalité hystérique » serait un homosexuel passif. De fait, le malade de notre série avait l'air très féminin et la notion de féminité a été soulignée par Reich.

Les auteurs imaginent que si des psychiatres femmes passaient plusieurs générations à observer froidement et plutôt inamicalement les points faibles les moins attirants des hommes, elles aboutiraient également à définir une personnalité caractéristique de l'homme.

> « Il n'y a pas de doute que bien des hommes répondraient aux critères ainsi définis, puisque les pressions sociales ont pour effet de rendre acceptables et valables des différences entre l'homme et la femme dans leur mode de comportement. »

C'est certainement là une hypothèse séduisante. Cependant nous nous en tiendrons aux faits et aux opinions les plus largement partagées dans la littérature. Dans ce domaine, il semble bien établi que les « réactions de conversion » et la « personnalité hystérique » sont deux réalités autonomes qu'il importe de ne pas confondre. Il n'y a pas de vrai rapport de causalité entre la « personnalité hystérique » et les « réactions de conversion » en dehors d'un pourcentage qui reste faible. Dans une large mesure, les « réactions de conversion » se développent sur des personnalités autres que les « personnalités hystériques » et en particulier sur des personnalités normales ou très peu altérées. Elles s'observent aussi bien chez la femme que chez l'homme.

Quant à la « personnalité hystérique », elle s'observe avec une fréquence particulièrement importante chez la femme. Peut-être n'est-ce là qu'un pléonasme...

2) Les « réactions de conversion » : l'hystérie sans utérus

a) Hystérie masculine et hystérie de guerre :

D'après Robins et ses collaborateurs, Charles Lepoix a été le premier auteur à décrire l'hystérie chez l'homme (1618). Cependant la fréquence de l'hystérie masculine est restée très faible : 1,6 % pour Briquet, 5 % pour Charcot.

D'après J. Voisin, l'existence d'une hystérie masculine incontestable n'a été admise que depuis les observations publiées par Briquet, en 1859. Il semble que l'homme ait eu beaucoup de mal à admettre qu'il puisse être hystérique et à abandonner la théorie utérine de l'hystérie, avec ses implications péjoratives. De toute évidence, cette théorie lui convenait bien, qui mettait son orgueil de mâle à l'abri de toute égratignure.

Cette résistance de l'homme s'est également manifestée en Autriche et l'on connaît les difficultés qu'en 1886 FREUD a rencontrées pour faire admettre l'existence d'une hystérie chez l'homme.

D'après J. VOISIN, la première observation d'une grande hystérie masculine ne date que de 1885 : c'est celle de Louis V, « un cas de grande hystérie chez l'homme avec dédoublement de la personnalité. »

Dans sa leçon du 8 mai 1890, CHARCOT rapporte l'observation d'une hystérie masculine, une paralysie faciale. Pour CHARCOT, l'hystérie masculine « prend surtout pour victimes les prolétaires, les misérables, les déshérités ». Les manifestations hystériques sont alors très tenaces :

> « Aujourd'hui, la ténacité des accidents de l'hystérie mâle, surtout chez les sujets de la classe ouvrière, est avec raison devenue proverbiale. »

Il semble donc que l'hystérie masculine se soit développée parallèlement à la naissance de l'ère industrielle et de la classe prolétaire. En 1907, dans son rapport au *Congrès de Lausanne*, SCHNYDER déclarait :

> « On rencontre beaucoup d'états hystériques parmi les représentants mâles des classes prolétaires. »

En 1952, dans un article intitulé « L'hystérie chez l'homme », ROBINS et ses colaborateurs rapportent 38 cas d'hystérie masculine (« réactions de conversion »). Ils évaluent la fréquence de l'hystérie masculine à 5,3 %.

Il s'agit d'une étude comparative portant sur un groupe de malades, un groupe témoin constitué par des hommes, sains ou en excellente santé, un troisième groupe constitué par des hommes présentant une « anxiété nerveuse » et enfin un quatrième groupe constitué par des femmes « hystériques ».

De la comparaison faite entre les hommes et les femmes, il ressort que la moyenne d'âge est légèrement inférieure chez l'homme : 25,7 pour 30,2 chez la femme. Mais c'est surtout du point de vue des manifestations cliniques que les différences sont les plus significatives et les auteurs hésitent à utiliser le même terme d'hystérie pour les hommes et pour les femmes.

Cependant la comparaison qui nous intéresse est celle qui a été faite entre le groupe des malades et le groupe témoin. Les auteurs ont recherché systématiquement, dans chacun de ces deux groupes, 41 symptômes. Sur ces 41 symptômes, 24 ont été retrouvés chez les malades avec une fréquence significative.

En plus des douleurs atypiques siégeant dans les endroits les plus variables, au moins un des symptômes classiques de l'hystérie était retrouvé : amnésie, paralysie, aphonie...

Du point de vue des circonstances étiologiques, les auteurs insistent sur la recherche, par les malades, d'un bénéfice immédiat, d'ordre matériel : ce phénomène a été retrouvé dans 100 % des cas. Les auteurs affirment que, jusqu'à nouvel ordre, ils n'ont jamais observé un cas d'hystérie masculine sans préoccupations matérielles. Sur ce point, la conception de l'hystérie masculine n'a pas changé depuis CHARCOT. Il semble bien que l'hystérie masculine appartienne aux prolétaires.

Enfin, les auteurs signalent que

> « d'une façon caractéristique les malades expriment leur insatisfaction quant à la qualité des soins médicaux et, qu'en retour, les médecins les ont quelquefois traités de simulateurs ».

En 1957, LJUNGBERG a publié une étude de l'hystérie du point de vue clinique, pronostique et génétique. Nous y avons déjà fait allusion.

Du point de vue clinique, les manifestations les plus fréquentes sont : l'astasie-abasie (50 %), les crises et les paralysies (20 %) et les tremblements (10 %).

L'hystérie masculine est observée dans 34 % des cas.

La fréquence de la criminalité chez l'homme est notablement augmentée par rapport à celle de la population générale : 17,6 % contre 4,7 %.

Par contre, le risque de suicide n'est pas modifié. Du point de vue étiologique, l'hérédité joue un rôle très faible chez l'homme (2-3 % contre 6-7 % chez la femme). Les conditions familiales défavorables jouent un rôle important : 35 % des cas. Il n'est pas fait d'allusion explicite aux préoccupations matérielles : peut-être est-ce une question de standing national ?...

Les travaux de LJUNGBERG ont porté sur une période qui va de 1931 jusqu'à 1945. Cette période englobe donc la dernière guerre mondiale. Nous ne savons pas dans quelle mesure la fréquence de l'hystérie a augmenté en raison de l'état de guerre.

Pendant la première guerre mondiale, les réactions de conversion ont été fréquemment observées en Europe, notamment en milieu militaire.

Les manifestations les plus fréquentes et les plus curieuses ont été décrites sous le nom de camptocormie (contracture vertébrale) et de cathiémophrénose ou « gros ventre hystérique » (contracture diaphragmatique). Par contre, lors de la deuxième guerre mondiale, les mani-

festations hystériques sont devenues rares en Europe et aux Etats-Unis. En fait, si LJUNGBERG ne fait pas de place à l'incidence de la guerre sur la fréquence de l'hystérie, c'est que, selon toute probabilité, cette étiologie était négligeable.

Enfin, dans la guerre de Corée, les médecins américains ont souligné l'importance des réactions psychosomatiques ; l'autopsie de 300 soldats tués au combat a révélé une importante proportion de lésions coronariennes.

Telle est l'évolution de l'hystérie de guerre en milieu socio-culturel de type occidental. Un fait est certain : autrefois très fréquente, l'hystérie de guerre tend actuellement à disparaître totalement. Quant à son interprétation, nous aurons à l'envisager dans un cadre plus général.

b) L'HYSTÉRIE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT :

L'idée que l'enfant présente une hystérie physiologique a été avancée par plusieurs auteurs. SCHNYDER expliquait même la fréquence de l'hystérie chez la femme en rapprochant la mentalité féminine de la mentalité infantile. Quoi qu'il en soit, il est reconnu que le comportement psychologique normal de l'enfant de trois à sept ans renferme bien des éléments qui le rapprochent de la « personnalité hystérique » : l'expression motrice des à-coups émotionnels, l'aptitude à fabuler, l'extrême suggestibilité à l'égard de l'entourage et, enfin, l'incapacité à juger objectivement et à ordonner logiquement sa pensée. Ainsi, il n'est pas rare de voir des enfants de quatre ou cinq ans réaliser de véritables états hystéroïdes qui cèdent très vite à l'invigoration.

Dans un récent article, Clément LAUNAY et Christian COL ont abordé le problème de l'hystérie chez l'enfant et l'adolescent.

D'après ces l'auteurs, l'hystérie, telle qu'on l'observe chez l'adulte, se rencontre surtout après dix ans et à l'adolescence. Les cas observés chez l'enfant plus jeune ne vont presque jamais jusqu'au pédopsychiatre. Si bien que les services de neuropsychiatrie infantile rassemblent les formes relativement importantes, qui sont les plus rares. Les statistiques effectuées dans plusieurs pays montrent qu'entre treize et quinze ans la fréquence de l'hystérie va de 0,12 à 2,6 % du total des malades ; seul, PROCTOR trouve une proportion de 13 %. La répartition selon le sexe se rapproche de celle observée chez l'adulte : 60 % chez les filles, 40 % chez les garçons.

Du point de vue des manifestations cliniques, les « crises nerveuses » sont le trouble le plus courant. Elles sont toujours spectaculaires. Avec une fréquence relativement importante, on trouve

l'astasie-abasie, les pseudo-paralysies, les contractures et attitudes vicieuses du tronc et des membres. Les autres symptômes hystériques sont nettement plus rares.

Du point de vue du terrain familial, l'existence de troubles psychopathiques chez l'un des deux parents est trouvée dans un tiers des cas. D'autre part, le rôle de la famille est très important : milieux familiaux trop clos, mères surprotectrices, crainte anxieuse de la maladie.

Les circonstances déclenchantes sont parfois évidentes : tout se passe comme si l'enfant veut attirer l'attention de l'entourage, se faire choyer, trouver une solution à un conflit familial ou scolaire.

Enfin, les auteurs insistent sur l'imbrication de l'hystérie avec les affections organiques. C'est là une notion qui a été développée par Michaux : « la méiopragie d'appel ». D'après Michaux, les symptômes hystériques ont une topographie anatomique et fonctionnelle en rapport avec les insuffisances que l'enfant a présentées au cours de son développement psychomoteur.

Sur le plan pratique, les problèmes de diagnostic peuvent être difficiles.

Le diagnostic différentiel se pose souvent avec l'épilepsie, encore que l'association soit possible, l'hystérie s'ajoutant à l'épilepsie, plus rarement avec la tétanie chronique constitutionnelle normocalcémique.

Du point de vue pronostique, le passage à une hystérie de l'adulte est exceptionnel mais possible.

Par contre, dans 20 à 25 % des cas, on observe ultérieurement des névroses d'angoisse, des troubles hypocondriaques et caractériels (mythomanie, escroquerie).

Enfin, quelques cas de schizophrénie ont été rencontrés qui posent le problème des relations entre ces deux maladies.

3) Les frontières de l'hystérie

Nous avons vu, au cours de cet aperçu historique, comment l'hystérie s'est progressivement dégagée du reste de la pathologie organique et de la pathologie mentale.

La première délimitation de l'hystérie s'est faite par rapport au domaine de la pathologie nerveuse lésionnelle. Le mérite en revient à Charcot et à Babinski. Mais il est intéressant de remarquer combien l'hystérie se rapprochait de la pathologie lésionnelle, même aux yeux de Charcot qui soutenait que l'aphonie ou le mutisme hystériques peuvent s'accompagner d'agraphie ou de cécité verbale comme une véritable aphasie.

Cette première délimitation de l'hystérie n'allait donc pas sans quelque incursion dans le domaine de la pathologie lésionnelle. L'hystérie était la « grande simulatrice ».

La deuxième délimitation de l'hystérie a été faite par BABINSKI. En neurologiste, il a parachevé l'œuvre de CHARCOT. Mais, dans une large mesure, l'œuvre de BABINSKI n'a été positive que par ce qu'elle a retiré à l'hystérie. Car, avec ses idées sur le caractère « intentionnel » et même « volontaire » des phénomènes hystériques, il a fait courir à l'hystérie le risque de basculer dans le domaine de la simulation, voire de l'imposture. Il suffisait de peu pour franchir cette frontière ; certains auteurs n'ont pas manqué de le faire (BOISSEAU).

Une troisième frontière doit être reconnue à l'hystérie, c'est celle qui la sépare des autres névroses. Sous le nom de « névroses de transfert », FREUD a groupé trois névroses : l'hystérie de conversion, la névrose phobique et la névrose obsessionnelle. Or, la névrose phobique est voisine de l'hystérie de conversion et l'on sait que FREUD la désigne sous le nom d' « hystérie d'angoisse ». En effet, ces deux névroses ont en commun la technique de déplacement de l'angoisse, et leurs manifestations sont parfois très comparables (astasie-abasie et agoraphobie). Cependant elles s'expriment sur deux modes différents : l'hyperexpressivité de l'hystérie et la conversion somatique sont des caractères spécifiques. Suivant l'expression de H. EY et de ses collaborateurs :

> « L'hystérique parle le " langage des organes " avec une éloquence toute spéciale. Il vit les métaphores au lieu de les parler et c'est là l'essentiel du phénomène de conversion somatique. » (*Manuel de Psychiatrie*, p. 403.)

Mais il est un autre domaine où les « organes parlent », c'est le domaine de la pathologie psychosomatique et c'est là la quatrième frontière de l'hystérie.

Dans une perspective psychosomatique, les auteurs américains, français et allemands se sont attachés à étudier les rapports qui existent entre l'hystérie, en tant que névrose de conversion somatique, et les maladies psychosomatiques, en tant que névroses d'organe. L'hystérie ne serait qu'une manière particulière d'intégrer l'émotion par le refoulement et la conversion hystérique peut préparer la somatisation.

C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, ALEXANDER a mis en parallèle les troubles hystériques et les troubles psychosomatiques. Les premiers portent sur le système de relation et la musculature striée, les derniers sur la vie végétative et la musculature lisse.

Mais là aussi il s'agit d'un problème de frontière, avec les risques que cela comporte. C'est ainsi que PARCHEMINEY, dans une perspective psychanalytique, réduit la conversion hystérique et les troubles psychosomatiques à un même fait en invoquant une indifférenciation génétique originelle.

Dans un récent article, Charles BRISSET enregistre un fait : l'hystérie de conversion a pratiquement disparu, ce qui est vrai, du moins, comme nous l'avons déjà vu, dans un milieu socio-culturel de type occidental.

> « Elle a disparu grâce à la répression exercée par BABINSKI et surtout grâce à la dévalorisation des symptômes habituels de l'hystérie dans l'esprit des médecins et du public. »

Selon cet auteur, le refoulement progressif des affects et le processus de somatisation qui lui est parallèle passent par quatre stades. Au premier stade, se trouve l'hystérie de conversion ; au dernier stade, la somatisation complète et la maladie psychosomatique grave. Si bien que

> « la recherche d'une frontière entre hystérie et maladie est illusoire. La vraie question serait plutôt celle de la " quantité " d'hystérie présente dans tel ou tel syndrome ».

BRISSET maintient qu'une différence profonde existe entre l'hystérie de conversion et la maladie psychosomatique.

> « Mais cette différence n'empêche pas que les deux séries sont reliées par un fil continu où tous les termes de passage peuvent être observés, de sorte que, dans certains tableaux cliniques, les deux séries peuvent coexister ou alterner. »

C'est ainsi que les psychosomaticiens expliquent la disparition de l'hystérie de conversion. En fait, le terme « disparition » peut sembler abusif si on se souvient que, même du temps de CHARCOT, elle n'était pas très fréquente. Il nous semble plus juste de dire que les manifestations hystériques sont devenues plus discrètes.

En tant que phénomène « intentionnel », les manifestations hystériques sont toujours sous-tendues par le bénéfice immédiat, matériel ou moral. A ce propos, il nous semble très significatif que tous les malades examinés par ROBINS et ses collaborateurs avaient des préoccupations matérielles ; dans plus de la moitié des cas (55 %), les malades recherchaient un bénéfice moral, c'est-à-dire la réforme (parmi les 38 malades, il y avait 20 militaires).

Dans le matériel que nous présentons, nous avons retrouvé, en très grande proportion, chez les civils, les préoccupations matérielles, en rapport avec une situation précaire, et chez les militaires, le refus de l'incorporation et le désir d'être réformé.

Ainsi, il nous semble que non seulement les manifestations hystériques n'ont pas disparu, mais encore qu'il est difficile de penser qu'elles puissent disparaître.

C'est seulement en tant qu'expression de l'émotion que l'hystérie a évolué, c'est-à-dire dans la forme. Le facteur culturel semble jouer un rôle de premier plan dans cette évolution. C'est de cette façon qu'il faudrait expliquer la « disparition » des phénomènes de conversion, en particulier dans le cas de l'hystérie en milieu militaire : le niveau culturel des soldats n'était plus le même d'une guerre à l'autre. Pour autant que les manifestations hystériques soient devenues discrètes, elles n'en impliquent pas moins l'incapacité physique et le recours au médecin : tout se passe comme si elles ont été canalisées, rationalisées.

Il n'en est pas de même dans un milieu socio-culturel de type nord-africain.

D) L'HYSTERIE EN AFRIQUE DU NORD

1) L'hystérie en Algérie

Porot et son Ecole se sont attachés à expliquer les manifestations hystériques par des dispositions particulières de « l'âme indigène ».

Porot insiste notamment sur le primitivisme de l'hystérique, au sens que lui donne Lévy-Bruhl, quand il parle de « mentalité primitive » : pensée intensément mystique, peu conceptuelle, incapable d'abstraction, incapable d'analyse, ayant tendance à s'orienter vers le surnaturel. Il met également l'accent sur la notion de fatalisme.

Dans sa thèse de médecine, S. Taieb reprend la conception de Porot en apportant quelques nuances à la notion de primitivisme. Elle écrit notamment :

> « Les Arabes ont eu une civilisation qui, pour être différente de la civilisation européenne, n'en est pas moins susceptible d'un certain raffinement chez quelques-uns.
>
> « Mais cette civilisation, peu d'entre eux la connaissent, les écoles françaises ne sont pas encore assez nombreuses. Le jeune indigène qui peut être plus brillant que l'Européen à l'école primaire (j'en ai vus dans les écoles franco-arabes de Tunisie), une fois son C.E.P. obtenu, est repris par la vie familiale avec ses traditions et ses croyances. »

A cette nuance près, elle considère que le primitivisme et la débilité mentale caractérisent le « pithiatique indigène ».

Pour MANCEAUX, BARDENAT et SUSINI, l'hystérique est le plus souvent d'origine campagnarde.

> « Son niveau mental est plus élevé que ne le laisserait supposer la physionomie. Il est fruste, ses connaissances sont profondément pénétrées de préjugés, de superstition. Il manque d'imagination, il est crédule, suggestible, doué d'une grande psychoplasticité. Il est indolent, routinier, apathique, paresseux, inémotif, mais en réalité capable d'émotions violentes : il les liquide par de véritables décharges impulsives, explosives. »

Pour des raisons qu'il est possible de concevoir, les travaux de l'Ecole d'Alger ont surtout porté sur l'hystérie masculine, notamment en milieu militaire et en temps de guerre.

POROT a décrit, sous le nom de « syndrome cataplectique », un état d'effondrement total du tonus musculaire et de sidération mentale. Ce syndrome était considéré par l'auteur comme « un équivalent des accidents dépressifs mélancoliques, si fréquents chez l'Européen ». Il a été retrouvé lors de la seconde guerre mondiale.

Durant les quatre années de la seconde guerre mondiale, MANCEAUX, BARDENAT et SUSINI ont observé, en milieux civil et militaire, plus de 500 manifestations pithiatiques parmi les Algériens et 88 parmi les Européens. En milieu militaire, MANCEAUX et SUSINI trouvaient, durant la même période, 331 Algériens et 72 Européens.

Dans les deux cas, les auteurs se sont limités, dans leurs publications, à l'étude des phénomènes de conversion chez l'Algérien. Cette exclusive nous semble regrettable, d'autant plus que la comparaison n'eût pas manqué d'intérêt. Quoi qu'il en soit, nous prendrons ces travaux comme base de comparaison, notamment pour notre matériel militaire. Cette comparaison nous semble légitime, étant donné les nombreux points communs qui existent entre l'Algérien et le Tunisien du point de vue socio-culturel, et malgré certaines restrictions : d'une part ces travaux datent d'une vingtaine d'années ; d'autre part notre étude ne porte pas sur une période de guerre ; enfin, la sélection de nos malades est telle qu'elle ne nous permet pas de tirer des conclusions formelles sur le plan statistique.

2) L'hystérie en Tunisie

Nous rapportons, dans la présente étude, 25 observations de réactions de conversion chez l'homme, dont 18 en milieu militaire.

Nous avons été considérablement aidé dans notre travail par le Docteur Sleim AMMAR, chef de Service à l'Hôpital Razi de la Manouba, centre psychiatrique principal en Tunisie.

Nous avons réétudié ensemble les dossiers de la plupart des malades hystériques répertoriés dans son service. Nous avons pu, de cette façon, étendre notre étude sur une période de quatre ans (1960-1964), pour un service de 200 lits environ.

Nous avons suivi personnellement, pendant les quatre mois que nous avons passés dans ce service, 2 malades (*obs. IX* et *X*).

En règle générale, un malade qui a été hospitalisé une fois dans un service, est réadmis dans le même service s'il présente une récidive. Mais il s'en faut que cette règle puisse toujours être respectée.

D'autre part, le service où nous avons travaillé représente environ le tiers de la capacité de l'hôpital. Cela explique le nombre relativement faible des observations de malades civils. Il n'en va pas de même pour les malades militaires.

En effet, le Docteur Sleim AMMAR dirige le Service Psychiatrique de l'Armée depuis l'institution du service militaire en Tunisie, en 1956-1957. Il assure la consultation de psychiatrie une fois par semaine : c'est ainsi que 3 de nos malades ont été suivis à cette consultation et n'ont jamais été hospitalisés (*obs. n*^{os} *1, 6* et *8*). Quant aux malades dont l'état justifie l'hospitalisation, ils sont tous admis dans son service.

C'est naturellement lui qui prend la décision médico-militaire : le malade est soit réintégré, soit réformé.

Le service militaire est obligatoire en Tunisie. Sa durée est de deux ans. Pour les engagés volontaires, la période est de cinq ans (*obs. I, II* et *IX*). De telle sorte que les malades réintégrés (8 sur 18) ont pu être suivis avec suffisamment de recul. C'est surtout à cet aspect, que nous considérons comme le plus solidement établi, que nous nous sommes attachés.

Nous avons été très rigoureux dans la sélection de nos malades militaires. Nous avons revu 30 dossiers. Nous avons éliminé 12 observations, soit parce que le diagnostic n'était pas certain, soit parce que les observations étaient trop sommaires pour figurer dans cette étude.

Dans un même souci de rigueur, le Docteur AMMAR n'a pas pu nous affirmer d'une façon catégorique que ces 30 malades représentaient la totalité de ceux admis dans son service. Notre propos n'est donc pas de présenter une étude statistique. Nous aurons l'occasion de le faire ultérieurement.

Cependant, et à titre indicatif, nous pouvons affirmer que durant les quatre mois que nous avons passés dans le service, nous avons observé un seul cas de manifestations hystériques parmi les militaires (*obs. IX*).

A ce même titre, nous pouvons affirmer que pendant le mois que nous avons passé au Congo, nous n'avons observé aucun cas de manifestations hystériques parmi les soldats du contingent tunisien.

De plus, sur un effectif de 5.000 hommes environ qui ont participé aux opérations militaires du Congo, dans le cadre de l'O.N.U., pour une période de plus de deux ans, nous n'avons eu connaissance que d'un cas de manifestations hystériques (*obs. n° 15*) qui ont d'ailleurs motivé le rapatriement du malade.

Enfin, l'effectif de l'Armée peut être évalué actuellement à 40.000 hommes.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que le nombre de malades dont nous rapportons l'observation est assez significatif de la fréquence des manifestations hystériques en milieu militaire tunisien.

CHAPITRE III

ETUDE DU MATERIEL

Tous nos malades sont, naturellement, tunisiens. Ils sont tous musulmans.

Nous envisagerons d'abord l'étude du matériel dans son ensemble ; nous reprendrons ensuite l'étude des observations dans le détail.

Etude d'ensemble

Nous envisagerons séparément l'étude des malades militaires. Nous pensons, en effet, qu'ils présentent, avec les civils, des différences multiples.

D'abord, ils sont militaires. Cela implique qu'ils sont d'origine campagnarde, d'un niveau socio-culturel bas, le plus souvent analphabètes. Aussi, le service militaire est-il conçu, dans une large part, comme une institution devant jouer le rôle d'une vaste école d'éducation et de formation professionnelle qui recruterait ses élèves parmi les jeunes campagnards qui n'ont pu avoir accès à l'école primaire et qui n'ont pratiquement pas de métier.

Cependant, l'incorporation représente, outre les dangers réels en temps de guerre ou en période de troubles, un choc émotionnel considérable pour le jeune campagnard et l'équivalent d'une catastrophe pour la famille.

Il faudrait voir dans cette réaction une survivance des conduites de deuil autrefois observées dans les familles où il y avait un appelé sous les drapeaux. Il était pleuré comme un mort et, dans certaines régions où les « pleureuses » participaient activement au deuil, on ne pouvait pas faire la différence entre la maison d'un mort et la maison d'un conscrit. Car si les « pleureuses » pleuraient, les parentes du mort « hurlaient », et c'est à ces cris bien orchestrés qu'on reconnaissait,

de loin, la maison du mort. Actuellement, les « pleureuses » tendent à disparaître. Toutefois, il serait intéressant d'étudier le mode de réaction actuel des familles, maintenant que les drapeaux ont changé de couleurs.

Pour le jeune campagnard, le service militaire continue à représenter un bouleversement considérable dans ses habitudes de vie. Dans le monde austère où il est jeté brutalement, il ressent la discipline qui lui est imposée, comme une contrainte intolérable. Ce caractère coercitif nous semble jouer un rôle très important dans le déclenchement des phénomènes de conversion.

Pour les mêmes raisons, il nous semble logique de soustraire à l'étude du matériel militaire celle des engagés volontaires (3 observations) pour l'inclure dans l'étude du matériel civil. En effet, il s'agit de sujets d'origine citadine, qui présentent un niveau socio-culturel nettement plus élevé, qui sont mieux adaptés à la situation, dans la mesure même où ils ont souscrit à l'engagement de plein gré.

De plus, alors que les conscrits présentaient un niveau intellectuel inférieur à la moyenne dans 6 cas sur 15 et ont présenté les manifestations hystériques très tôt après l'incorporation (le jour même de l'incorporation dans 3 cas), dans un délai de quelques jours à quelques semaines, les engagés volontaires avaient un niveau intellectuel normal et ont présenté les manifestations hystériques un an et demi à deux ans et demi après leur incorporation.

Enfin l'allure clinique des manifestations observées était différente : les conscrits ont présenté des syndromes plus spectaculaires : 9 crises convulsives, 2 phénomènes de camptocormie pour 15 malades, alors que pour les engagés volontaires, on notait un cas de crises convulsives et 2 cas de tremblements, ce qui les rapproche des civils.

Il nous reste donc 15 malades militaires, que nous allons maintenant étudier.

A) MATERIEL MILITAIRE

1) Etude d'ensemble

- *Age moyen :* 22 ans.
- *Situation sociale :* célibataires.
- *Niveau socio-culturel :* campagnards.
  - — Niveau d'instruction : études rudimentaires ou analphabètes.
  - — Niveau mental : jugé cliniquement : 6 débiles mentaux.

• *Circonstances étiologiques :*

Dans 2 cas, les troubles semblent être en rapport direct avec un traumatisme physique :

— coup sur la tête : *obs. n° 3 ;*
— ruade de chameau : *obs. n° 4.*

Dans les 13 autres cas, le traumatisme semble être représenté par la condition militaire en elle-même : dans 3 cas, les troubles sont apparus le jour même de l'incorporation ; dans les 10 autres cas, ils sont apparus dans un délai de quelques jours à quelques semaines.

• *Date de l'hospitalisation par rapport à l'apparition des troubles :*

3 malades ont été suivis seulement à la consultation externe (*obs. n°s 1, 6* et *8*).

En moyenne, l'hospitalisation est intervenue un mois après les premières manifestations.

• *Durée de l'hospitalisation :* en moyenne quarante jours.

ETUDE CLINIQUE

Nous classerons les manifestations cliniques en deux grands groupes : paroxystiques et permanentes.

• *Troubles paroxystiques :*

— Attaque de Charcot : 0.
— Crises pseudo-épileptiques :
  — avec convulsions : 7 ;
  — sans convulsions : 1.
— Forme mineure (« crise de nerfs ») : 1.

• *Troubles permanents :* syndromes d'allure neurologique :

— Tremblement :
  — généralisé : 1 ;
  — localisé : 1.
— Paralysie :
  — monoplégie : 1.
— Contracture :
  — camptocormie : 2.

• *Symptômes associés :*

— Rétrécissement du champ visuel associé avec des crises convulsives : 1 cas.
— Tremblement à la marche associé avec une camptocormie : 1 cas.
— Pas de symptômes psychiques associés.

De cette étude clinique, nous pouvons dégager deux conclusions : d'une part la forte proportion des troubles paroxystiques : 9 cas sur 15, et l'absence de la grande attaque de type Charcot ; d'autre part l'absence de symptômes psychiques associés.

- *Le diagnostic à l'entrée :*

  Dans aucun cas, le diagnostic n'a présenté de difficultés.

- *Le traitement :*

  — L'injection de calcium par voie intraveineuse (série de 12 injections) a été utilisée dans : 8 cas
  — L'eau distillée par voie intraveineuse dans : 2 »
  — La cure de sommeil dans : 1 »
  — Le phénobarbital par voie orale dans : 1 »
  — Le méprobamate dans : 1 »
  — La subnarcose au penthotal dans : 1 »
  — La convulsivothérapie dans : 1 »

- *Les résultats du traitement :*

La guérison symptomatique a été obtenue dans 14 cas. Dans un seul cas, seule une amélioration a été obtenue (*obs. n° 13 :* tremblement de la tête).

Dans 5 cas, cette guérison a été obtenue en une seule séance de traitement : dans 3 cas, il s'agissait d'eau distillée (*obs. n° 1 :* en association avec le phénobarbital comme traitement de fond ; *obs. n°s 2* et *5*); dans 1 cas, il s'agissait d'électrochoc, et dans le dernier cas de penthotal.

- *La décision médico-militaire :*

  Sur les 15 malades traités :
  — 5 décisions de réforme ont été prononcées pour débilité mentale ;
  — 3 malades ont été libérés (fin de leur période militaire);
  — 7 malades ont été réintégrés.

A ces 7 malades réintégrés, il convient d'ajouter les engagés volontaires : sur 3 engagés volontaires, 2 ont été réintégrés. Nous y faisons appel seulement pour l'étude des récidives.

- *Récidives :*

  Pour 8 malades réintégrés : aucune récidive.

Le pronostic est très bon pour 8 malades réintégrés sur 9. Dans un seul cas, il nous a semblé devoir être réservé (*obs. IX :* engagé volontaire) et nous manquons de recul pour nous prononcer.

Retenons seulement que pour 8 malades militaires réintégrés, le pronostic a été jugé très bon, soit la totalité des malades qui ont pu être suivis pendant assez longtemps.

De cette étude d'ensemble du matériel militaire, nous pouvons dégager les points suivants :

Les malades militaires sont des sujets jeunes, campagnards, d'un niveau socio-culturel bas, et d'un niveau intellectuel souvent inférieur à la moyenne (6 cas de débilité mentale sur 15).

Du point de vue des circonstances étiologiques, nous pouvons noter qu'en dehors des 2 cas qu'on pourrait qualifier d'hystéro-traumatisme, l'apparition des troubles a toujours été imputable à l'incorporation et aux conditions de vie en milieu militaire.

Du point de vue des manifestations cliniques observées, nous trouvons une très forte proportion d'accidents paroxystiques (9/15), surtout à type de crises convulsives (7/9).

En ce qui concerne le traitement et ses résultats, il faut souligner la très forte proportion des guérisons symptomatiques (14/15), obtenues assez souvent d'une façon instantanée (5 cas sur 15), ainsi que l'absence de toute récidive, du moins dans les 8 cas où les malades ont été maintenus dans l'Armée et suivis pendant une période suffisamment longue. En y ajoutant le fait que ces malades n'ont jamais rien présenté de semblable dans leurs antécédents personnels et que rien de significatif n'a été noté dans leurs antécédents familiaux, nous pouvons conclure, semble-t-il, qu'il s'agit dans ce cas d'un mode de réaction hystérique, sans organisation névrotique de la personnalité sous-jacente.

2) Etude détaillée du matériel

OBSERVATION N° 1

Ahmed, âgé de vingt-deux ans, a été suivi à la consultation externe trois fois en 1961 et trois fois en 1963, pour une crise convulsive qu'il a présentée le jour de son incorporation. En fait, deux ordres de faits sont à considérer : en 1961, il s'agissait d'une crise convulsive banale, sans morsure de la langue, sans perte des urines.

Dix jours après son incorporation, il présentait une deuxième crise devant ses camarades de chambrée : chute souple, raideur généralisée, grincement des dents, sans mouvements convulsifs.

Il est alors hospitalisé à l'infirmerie militaire. Il présente à l'infirmerie une troisième crise qui, cette fois, s'accompagne de mouvements convulsifs.

Des examens complémentaires sont pratiqués :

— la radiographie du crâne ne montre aucune anomalie ;

— la campimétrie révèle un rétrécissement très important du champ visuel ;
— le tracé électroencéphalographique est jugé à la limite de la normale : quelques ondes lentes à l'hyperpnée.

Un traitement au phénobarbital est institué : les crises disparaissent.

En 1963, les crises réapparaissent, en rapport, semble-t-il, avec l'affectation du malade à la « clique » musicale : quand il jouait de la clarinette, il faisait sa chute souple, puis présentait un état de raideur généralisée avec grincement des dents.

Un deuxième tracé électroencéphalographique est demandé. Au laboratoire, à la présentation du casque, le malade présente les phénomènes suivants : air hébété, yeux hagards, chute, raideur généralisée et grincement des dents. Ces phénomènes cèdent à l'injection d'eau distillée et l'enregistrement du tracé est pratiqué. L'injection de cardiazol, poussée jusqu'à 10 cm^3, ne provoque aucune décharge paroxystique.

Par contre, la S.A.I. pratiquée pendant quinze minutes, provoque un début de raidissement des membres.

Les foyers d'ondes lentes ne sont pas retrouvés. L'épilepsie est éliminée, mais il est jugé utile de ne plus soumettre ce malade à une stimulation auditive intense. Le malade est alors écarté de la « clique » musicale et traité au phénobarbital. Maintenu dans l'Armée, il n'a pas présenté de récidives.

COMMENTAIRE :

Du point de vue clinique, il faut noter l'alternance de crises d'allure clinique différente ainsi que le rétrécissement du champ visuel.

Le premier point n'est pas étonnant : il semble y avoir là une grande part d'intentionnalité et des éléments qui peuvent faire évoquer la simulation.

Quant au rétrécissement du champ visuel, nous savons que Pierre JANET l'envisageait comme un stigmate mental de l'hystérie, en tant que phénomène d'anesthésie générale. Il le considérait comme « l'emblême de la sensibilité hystérique » (Etat mental des hystériques).

Du point de vue du laboratoire, l'enregistrement du deuxième tracé électroencéphalographique a permis des constatations intéressantes :

— d'abord, le déclenchement d'une crise à la vue du casque, laquelle a cédé à l'injection d'eau distillée ;
— ensuite, la vérification quasi expérimentale, que les crises étaient en rapport avec une stimulation auditive intense.

A son tour, l'observation clinique a confirmé les conclusions du laboratoire : disparition des crises une fois que le malade, ayant quitté la « clique » musicale, a été mis à l'abri des stimulations auditives intenses.

En ce qui concerne la personnalité de ce malade, le peu d'éléments que nous avons ne nous permet pas de la juger. Aussi ne parlerons-nous pas de personnalité hystérique au sens actuel du terme.

OBSERVATION N° 2

Hachmi, vingt-deux as, est adressé à la consultation pour réforme. Il est hospitalisé avec le diagnostic d'hystérie sur léger fond de débilité mentale, pour une camptocormie irréductible avec tremblement à la marche, en rapport, semble-t-il, avec un exercice physique prolongé (manœuvres militaires).

Les examens radiologiques pratiqués ne montrent aucune anomalie.

Le malade est traité à l'eau bidistillée : une seule injection, faite dans le cadre d'un cérémonial impressionnant (« c'est un produit miraculeux, tu vas tout de suite guérir), a été suffisante. Il a pu courir immédiatement après cette séance

Il a été maintenu dans l'Armée et n'a pas présenté de récidives.

COMMENTAIRE :

Ce malade a été adressé à la consultation de psychiatrie en désespoir de cause. Auparavant, il avait été examiné plusieurs fois par des médecins généralistes qui, semble-t-il, n'ont pas une grande expérience dans le domaine de cette symptomatologie bizarre. Nous verrons, à propos de l'*observation n° 5*, que le diagnostic peut rester hésitant pendant plus longtemps encore.

Les phénomènes de conversion sont apparus cinq mois après l'incorporation. Ils semblent bien en rapport avec les manœuvres militaires.

En ce qui concerne le traitement, la méthode adoptée a été celle de la persuasion verbale (contre-suggestion de Babinski) renforcée par l'injection intraveineuse d'eau bidistillée. On sait que la nature du produit importe peu.

OBSERVATION N° 3

Brahim, vingt-deux ans, est hospitalisé pour mutisme : en jouant avec ses camarades, il a reçu un coup sur la tête et a perdu connaissance. Le lendemain, un mutisme est apparu.

Les examens complémentaires, en l'occurrence l'E.E.G., ne montrent aucune anomalie.

Le traitement par eau bidistillée ne donne pas de résultats.

Par contre, une séance d'électrochoc a été suffisante. « J'étais conscient de tout ce qui se passait, expliquait-il, mais je ne pouvais pas parler. »

Il a été maintenu dans l'Armée et n'a pas présenté de récidives.

COMMENTAIRE :

Le mutisme est une manifestation hystérique rare : c'est le seul cas que nous ayons rencontré dans l'étude de notre matériel militaire. Il en est de même dans le milieu militaire algérien.

CHARCOT faisait la distinction entre le mutisme sans aphonie et l'aphonie sans mutisme : tous deux se rencontrent dans le cadre de l'hystérie. Il semble que le mutisme soit beaucoup plus fréquemment observé en Europe qu'en Afrique du Nord.

P. JANET, qui s'est attaché à faire le rapprochement entre l'hystérie et la psychasthénie, comparait le mutisme hystérique aux phobies de la parole du psychasthénique : les deux phénomènes étaient intégrés dans le cadre de l'aboulie sociale.

OBSERVATION N° 4

Béchir, vingt-trois ans, est hospitalisé pour des crises convulsives survenues quinze jour après qu'il eut reçu une ruade de chameau sur la région de l'hypocondre droit. Ces crises ne s'accompagnent ni de morsure de la langue, ni de perte des urines.

Le tracé électroencéphalographique est normal.

Le malade est traité par une série de 12 injections intraveineuses de calcium. Dans le service, il n'a pas présenté de crises et au bout d'un mois d'observation il a quitté l'hôpital.

Il a été maintenu dans l'Armée. Pas de récidives.

COMMENTAIRE :

Dans ce cas, comme dans le cas de l'observation précédente, les manifestations hystériques semblent être en rapport avec un traumatisme physique et non avec l'incorporation ou les conditions de vie dans l'Armée.

OBSERVATION N° 5

Abderrahman, vingt-deux ans, a été hospitalisé pendant douze mois dans un service de médecine générale pour une impotence du membre inférieur gauche considérée comme une sciatique paralysante type L5.

Malgré l'absence d'anomalies radiographiques, il a été mis au repos absolu, traité au Cortancyl et au Coltramyl. Puis il fut confié au chirurgien qui l'immobilisa pendant trois mois dans un corset plâtré, sans aucun résultat.

C'est alors qu'il fut confié au psychiatre qui le fit hospitaliser avec le diagnostic d' « impotence hystérique ». L'interrogatoire devait révéler que cette impotence était survenue lorsque le malade s'est vu refuser la permission d'aller assister aux obsèques de son père.

La guérison a été obtenue par une série d'injections intraveineuses d'eau bidistillée associées à l'invigoration verbale.

Au bout de deux mois, il a quitté l'hôpital. Il a été libéré de l'Armée. Nous ne savons donc pas s'il a présenté des récidives.

COMMENTAIRE :

Ce malade a totalisé dix-sept mois d'hospitalisation.

Nous ne savons pas quels ont été les arguments invoqués par les médecins pour considérer cette paralysie comme une sciatique paralysante. Il est bien possible que, sans le vouloir, ils aient entretenu l'idée de maladie dans l'esprit de leur patient, comme le pensait Babinski.

Du point de vue des circonstances étiologiques, il semble bien que l'impotence ait été en rapport avec le décès du père et l'impossibilité pour le malade d'être présent aux obsèques, d'où l'émotion et la contrariété.

OBSERVATION N° 6

Boubaker a été suivi à la consultation externe pour des crises convulsives survenues depuis son incorporation : début brutal, chute ; pas de morsure de la langue, pas de perte des urines.

Les crises survenaient le matin au réveil, à raison d'une crise tous les cinq jours. Elles duraient cinq minutes environ.

L'électroencéphalogramme sous activation (7 cm^3 de Cardiazol) élimine l'épilepsie.

Le traitement a consisté en une série de 12 injections intraveineuses de calcium.

Le malade réintègre son Corps. Il n'a pas présenté de récidives.

COMMENTAIRE :

En général, les crises convulsives hystériques soulèvent rarement le diagnostic différentiel de l'épilepsie, dans la mesure où le médecin a pu assister à la crise ou que l'interrogatoire a pu la reconstituer.

A ce propos, il nous semble que la morsure de la langue est un signe de grande valeur pour différencier les deux sortes de crises : il n'a jamais été observé dans le cas de l'hystérie. Il est vrai que pour certains auteurs ce signe n'est pas absolument constant dans l'épilepsie.

OBSERVATION N° 7

Ali Ben H... a été hospitalisé pour camptocormie, phénomène qu'il a présenté le jour de son incorporation.

L'interrogatoire a révélé que le malade ne voulait pas accomplir son service militaire. Son père étant décédé, sa mère impotente, il avait la responsabilité de la famille.

Il a été guéri en une séance de subnarcose au penthotal.

Etant donné sa grande suggestibilité et sa légère débilité mentale, il a été libéré.

COMMENTAIRE :

Cette observation semble bien montrer la force de la volonté dans le déterminisme des phénomènes de conversion et illustrer la théorie de Babinski suivant laquelle la volonté est maîtresse des troubles qu'elle a produits (*Semaine Médicale*, 1909).

Pour lui, l'hystérique oscille entre la simulation et la sincérité : c'est un « demi-simulateur ».

Pourtant, dans le cas de ce malade, il semble que l'on soit plus près de la simulation que de la sincérité.

OBSERVATION N° 8

Amor est adressé à la consultation externe pour un tremblement généralisé, discret.

A l'occasion d'une parade militaire, le Chef de Corps avait remarqué que le malade tremblait en présentant les armes, ce que n'avait jamais remarqué le malade lui-même. Il a été suivi à la consultation.

La guérison a été obtenue par une série de 12 injections intraveineuses de calcium.

Le malade a été maintenu dans l'Armée ; il n'a pas présenté de récidives.

COMMENTAIRE :

L'indifférence de l'hystérique vis-à-vis de ses troubles, lesquels se développent « à son insu », a été décrite par LASÈGUE et CHARCOT : « Ce genre de malades nous agace par sa tranquillité, son indifférence et son inertie » (cités par P. JANET, « Les névroses », 1909).

Pour JANET, la distractivité constitue l'un des stigmates fondamentaux de l'hystérie.

OBSERVATION N° 9

Mohieddine est adressé à la consultation externe pour « crises épileptiques typiques » et hospitalisé.

L'interrogatoire révèle qu'il s'agit d'un débile mental, que les crises sont apparues lors de l'incorporation, qu'elles survenaient uniquement le jeudi et le vendredi ou quand le malade sentait l'odeur du « jaoui » (encens de Java que l'on fait brûler pour chasser les mauvais esprits, suivant les croyances populaires).

D'autre part l'interrogatoire révèle que les crises sont devenues plus fréquentes depuis que le malade a perdu son talisman (qui protège lui aussi des mauvais

esprits, plus précisément du mauvais œil, suivant les croyances populaires), lors des événements de Bizerte.

Pendant la crise, le malade devenait très agressif et il fallait la force de six hommes pour l'empêcher de battre ses camarades. A la fin de la crise, il réclamait des bonbons.

A l'électroencéphalogramme, on notait un trouble global de l'électrogénèse.

Le malade n'a pas présenté de crises durant son séjour à l'hôpital. Il a été libéré de l'Armée, au bout d'un mois d'hospitalisation.

COMMENTAIRE :

Avec le rythme de survenue des crises (jeudi et vendredi), leur recrudescence en rapport avec la perte du talisman, le rôle déclenchant de l'odeur du jaoui, nous nous trouvons dans le domaine des croyances populaires et de la superstition. Il semble que dans ces circonstances précises, le malade éprouvait une émotion d'ordre mystique à laquelle il réagissait par des convulsions. Etant donné le niveau mental du malade, l'interrogatoire n'a pu être approfondi. Quant à la perte du talisman, son rôle déclenchant ne saurait étonner dans ce contexte. Les travaux algériens ont souligné l'importance du rôle que joue la superstition dans le déclenchement des manifestations hystériques.

Dans sa thèse d'Alger, Suzanne TAIEB a rapporté de très nombreuses observations de « possession démoniaque », mais aussi de manifestations hystériques survenues à la suite de la perte d'un talisman.

OBSERVATION N° 10

Sadok a été adressé à la consultation externe pour « crises probablement non épileptiques ».

Ces crises sont apparues dans les premières semaines qui ont suivi l'incorporation, crises convulsives, d'une durée de trente minutes environ, sans morsure de la langue, sans perte des urines.

L'électroencéphalogramme est normal.

Le malade est traité au méphrobamate (trois comprimés par jour) pendant trois mois. Après un séjour hospitalier de trois semaines, durant lequel il n'a pas présenté de crises, le malade reprend son service. Pas de récidives.

COMMENTAIRE :

Comme on le voit, le diagnostic n'a présenté aucune difficulté et le médecin généraliste a bien vu qu'il ne s'agissait pas de crises épileptiques.

Observation banale, où l'incorporation semble avoir joué le rôle principal dans le déclenchement des crises.

OBSERVATION N° 11

Mohamed a été hospitalisé pour « crises convulsives hystériques sur fond de débilité mentale ».

A l'électroencéphalogramme, on notait : « Tracé à la limite de la normale. Signes de dystonie neurovégétative ». Le malade n'a pas présenté de crises dans le service. Traité au Calcium intraveineux (série de douze injections), mis en observation pendant six semaines, le malade a pu alors quitter l'hôpital. En raison de sa débilité mentale, il a été libéré de l'Armée.

OBSERVATION N° 12

Hamadi, vingt-quatre ans, est adressé le même jour à la consultation externe pour « coma épileptique ». Il est hospitalisé avec le diagnostic suivant : « crises convulsives hystériques sur fond de débilité mentale ».

Dans le service, il a présenté des crises qui « ne laissaient aucun doute sur leur nature hystérique ».

Le tracé électroencéphalographique pratiqué a été jugé à la limite de la normale.

Traité au Calcium intraveineux (série de douze injections), mis en observation pendant six semaines, le malade a pu alors quitter l'hôpital. En raison de sa débilité mentale, il a été libéré de l'Armée.

COMMENTAIRE :

Ces deux observations donnent une idée du caractère routinier que revêt parfois la pratique psychiatrique dans l'Armée. Voilà deux sujets, débiles mentaux, qui sont hospitalisés le même jour pour les mêmes manifestations cliniques.

L'électroencéphalogramme est pratiquement le même. Ils quittent l'hôpital le même jour, avec la même décision médico-militaire, pour les mêmes motifs. En fait, un examen psychiatrique à l'incorporation les aurait éliminés en raison de leur débilité mentale.

Mais un tel examen n'est pas encore pratiqué en Tunisie.

OBSERVATION N° 13

Fraj, débile mental, est hospitalisé pour un tremblement de la tête : mouvements pendulaires, continuels, de faible amplitude. Nous ne savons pas dans quelles circonstances ce tremblement est apparu.

Dans un premier temps, pendant quatre semaines, un traitement à la lévomépromazine, est institué : quatre ampoules injectables par jour.

Devant l'échec de ce traitement, une cure de sommeil est décidée : chlorpromazine, prométhazine et barbituriques.

Ce deuxième traitement ne donne guère plus de résultats et la cure de sommeil est arrêtée au bout de trois semaines.

Dans un dernier temps, le malade est laissé seulement à la chlorpromazine, d'abord par la voie parentérale, puis par la voie orale (trois ampoules injectables, six comprimés par jour) pendant deux mois.

Le malade est seulement « amélioré ». Il quitte alors l'hôpital. Il est libéré de l'Armée.

COMMENTAIRE :

C'est le seul cas où une guérison franche des symptômes n'ait pas été obtenue. Il semble bien que la guérison des manifestations hystériques est d'autant plus facile et rapide qu'elles sont plus massives.

L'Ecole d'Alger classait cette forme de troubles moteurs permanents survenant sur un terrain de débilité mentale, parmi les formes pratiquement irrécupérables du point de vue thérapeutique.

OBSERVATION N° 14

Amar, vingt-deux ans, est adressé à la consultation de Médecine Générale pour « crises épileptiques datant d'un mois, qui seraient devenues de plus en plus fréquentes ». Il est alors hospitalisé.

En fait, il s'agissait d'un malade rapatrié du Congo pour « réactions hystériques » et le psychiatre qui l'avait alors examiné décrivait ainsi l'une de ces « réactions » :

« Pendant plus d'une demi-heure, le malade se roulait par terre et cherchait à attirer l'attention par des gémissements, des pleurs, des cris et un grincement des dents. Pas de perte de connaissance. Pas de mouvements cloniques, pas de raideur. Pas de troubles organiques. »

Dans le service, le malade n'a présenté aucun trouble.

L'électroencéphalogramme révélait une hyperexcitabilité diffuse.

Traité par une série de douze injections intraveineuses de Calcium, le malade quitte l'hôpital, au bout de trois semaines. Peu de temps après il était libéré, sa période militaire ayant été accomplie. (La période passée au Congo est comptée comme le double d'une période normale).

COMMENTAIRE :

Manifestement, il ne s'agit pas là de crises épileptiques. Il s'agit simplement d'une forme mineure de crises hystériques qui entre dans le cadre des manifestations paroxystiques de l'hystérie que l'on pourrait assimiler aux crises d'agitation psychomotrice, étant donné la richesse de l'expression émo-

tionnelle. Elle s'apparente aux « crises nerveuses » de l'enfant. Ici, l'émotion semble actuelle. On sait que la situation au Congo a comporté de longues périodes de troubles, surtout dans certaines régions.

C'est le seul cas, à notre connaissance, de militaire tunisien rapatrié pour « réactions hystériques ».

OBSERVATION N° 15

Ali a été adressé à la consultation externe pour « crises convulsives » et hospitalisé pour « observation ».

Dans le service, il a présenté une seule crise, dans les circonstances suivantes : à la suite d'une contrariété, le veilleur de nuit l'ayant empêché de se raser, il s'est mis à crier, puis il a regagné son lit. Quelques instants après, il est devenu raide, puis il est tombé de son lit, sans se blesser, tout en gardant sa raideur et en grinçant des dents.

Une injection intraveineuse d'eau bidistillée a amené la résolution de la crise.

L'électroencéphalogramme pratiqué, révélait un trouble global de l'électrogénèse.

Traité par une série de douze injections intraveineuses de Calcium, il a quitté l'hôpital au bout de cinq semaines. Il a été réintégré dans l'Armée. Pas de récidives.

COMMENTAIRE :

Il semble que nous soyons là plus près de la « crise de nerfs », d'observation plus fréquente chez la femme et l'enfant, que des manifestations habituellement observées chez l'homme. Il s'agit en somme d'une colère anormale dans sa motivation et ses manifestations et en rapport, semble-t-il, avec les anomalies notées à l'électroencéphalogramme.

B) ETUDE DU MATERIEL CIVIL

Notre étude comporte 7 observations de malades civils et 3 observations de malades militaires, engagés volontaires. Parmi ces 10 malades, nous en avons suivi personnellement deux.

1) Etude d'ensemble

- *Age moyen :* 26 ans (un malade de 60 ans).
- *Situation sociale :*
  — Mariés : 4.
  — Célibataires : 6.

- *Niveau socio-culturel :* citadins.
  - — Niveau d'instruction :
    - — études primaires (sans C.E.P.) : 1 ;
    - — études religieuses (Coran) : 3 ;
    - — études secondaires (deux ans) : 6.
  - — Niveau mental : débilité mentale : 2.
  - — Circonstances étiologiques : elles sont difficiles à systématiser. Nous les aborderons avec l'étude du terrain psychologique des malades.
  - — Date de l'hospitalisation par rapport à l'apparition des troubles : en moyenne deux mois.
  - — Durée de l'hospitalisation : en moyenne trente jours.

- *Troubles paroxystiques :*
  - — Attaque de Charcot : 0.
  - — Crises pseudo-épileptiques :
    - — avec convulsions : 4 ;
    - — sans convulsions : 1.

- *Troubles permanents d'allure neurologique :*
  - — Tremblement :
    - — généralisé : 3 ;
    - — localisé : 2.

- *Troubles psychiques associés :*

Les troubles psychiques les plus significatifs ont été observés dans 6 cas :

- — Idées délirantes : 2 cas
- — Hallucinations visuelles : 2 »
- — Etat de subexcitation : 1 »

Dans le sixième cas, les manifestations hystériques sont survenues dans le cadre d'un syndrome dépressif réactionnel.

De cette étude clinique, deux notions sont à dégager :

- — d'une part, la proportion égale des troubles paroxystiques et des troubles permanents ;
- — mais surtout, la richesse considérable de la symptomatologie psychique associée aux manifestations hystériques. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

- *Le diagnostic à l'entrée :*

Pas de difficultés, sauf dans 1 cas (*obs. II*).

- *Le traitement :*
  - — Sismothérapie : 3 cas
  - — Chimiothérapie : 4 »

— Hydroxyzine : 1 »
— Thioridazine : 2 »
— Chlorpromazine : 1 »

Dans 3 cas, traitement à base de vitamines injectables : B1, B6, B12.

• *Résultats du traitement :*

La guérison symptomatique a été obtenue dans tous les cas, sauf dans un cas où une « grande amélioration » était notée.

• *Décision médico-militaire :*

Sur 3 engagés volontaires :
— 1 libéré ;
— 2 réintégrés.

• *Considérations étio-pathogéniques :*

Il semble intéressant de noter que dans les deux cas de débilité mentale, il n'y avait pas de troubles psychiques associés. Les manifestations sont survenues dans les circonstances suivantes :
— une forte émotion (fusillade dans la rue);
— une colère (le malade a perdu aux cartes).

Dans le cas du troisième malade, le tremblement qu'il présentait était en rapport avec une manœuvre militaire. Dans le cas du quatrième malade, les troubles sont survenus quand il a appris qu'il était licencié de son travail.

Il nous reste donc 6 cas où le terrain psychologique doit être envisagé à la lumière des antécédents personnels et familiaux.

• *Etude des antécédents :*

a) Antécédents personnels :
— somnambulisme et visions terrifiantes dans l'enfance (*obs. IX*);
— participation aux transes collectives (*obs. IV*);
— maladie asthmatique (asthme familial) (*obs. III*);
— cure de désintoxication éthylique (*obs. VII*);
— actes médico-légaux, troubles du caractère (*obs. X*).

Dans un seul cas (*obs. II*), rien n'a été signalé dans les antécédents personnels ; par contre, la mère du malade aurait présenté des troubles mentaux au sujet desquels nous n'avons pas pu avoir de précisions.

b) *Antécédents familiaux :* chez les deux malades que nous avons suivis, nous avons relevé :
— dans le premier cas (*obs. IX*), un oncle maternel débile mental qui a présenté, semble-t-il, des bouffées délirantes ;

— dans le deuxième cas (*obs. X*), la mère du malade a présenté à deux reprises des « états dépressifs » avec réactions hystériques pour lesquels elle a été hospitalisée ; la cousine maternelle du malade aurait présenté une hémiplégie droite à la suite d'une rupture de fiançailles.

Le malade, lui-même éthylique, mal adapté, agressif, a été hospitalisé 8 fois.

Nous voyons donc que si la guérison des symptômes a été obtenue dans 9 cas sur 10, le pronostic doit néanmoins être réservé dans 6 cas sur 10.

2) Etude détaillée du matériel

OBSERVATION I

Salah, vingt-six ans, engagé volontaire, est hospitalisé pour tremblement des membres inférieurs. Au cours de manœuvres militaires effectuées dans la montagne, il aurait pris froid et perdu connaissance. Le tremblement serait survenu le lendemain.

L'électroencéphalogramme ne révèle aucune anomalie.

Un traitement à l'hydroxyzine (trois comprimés par jour) fait disparaître le tremblement en trois semaines.

COMMENTAIRE :

Cette observation est comparable avec celle, rapportée dans les publications algériennes, d'un jeune militaire, incorporé depuis deux mois, qui a présenté, dans les mêmes circonstances, un tremblement du bras droit et de la main droite, avec cette différence que le malade se croyait habité par les mauvais esprits. C'est ce qui explique peut-être l'instabilité de la guérison, le tremblement s'étant reproduit à plusieurs reprises.

OBSERVATION II

Habib, vingt-sept ans, caporal, engagé volontaire depuis dix-huit mois, est hospitalisé avec le certificat suivant : « Tremblement généralisé pithiatique - Idées de possession démoniaque, A observer de très près pour éliminer la simulation. »

Le malade raconte qu'un dimanche soir, il rentrait à la caserne alors qu'il pleuvait et qu'il y avait beaucoup d'éclairs. Arrivé près de la caserne, il vit surgir devant lui un nègre qui lui a barré le passage. Il en éprouva une forte

émotion et depuis ce temps là il s'est cru habité par les « mauvais esprits ». L'apparition du nègre lui était annoncée par un « brouillard jaune ».

Le tracé électroencéphalographique est désorganisé, sans signes d'épilepsie.

Le traitement à la chlorpromazine (trois comprimés par jour) fait disparaître le tremblement au bout de deux mois.

Le malade réintègre son Corps.

COMMENTAIRE :

Les idées de possession par les « mauvais esprits » semblent fréquentes en Algérie. Dans sa thèse de Médecine, Suzanne TAIEB en rapporte 5 observations, dans le cadre des manifestations hystériques : ils apparaissent sous la forme d'un être humain normal ou d'un animal monstrueux; ils sont menaçants et imposent leurs volontés au malade.

Au contraire, dans notre observation, il semble s'agir d'une interprétation de la maladie, d'une idée reçue, fournie par les croyances populaires.

OBSERVATION III

Ali F..., dix-huit ans, est hospitalisé pour un « état dépressif réactionnel avec réactions pithiatiques surajoutées ».

Les troubles sont apparus deux mois auparavant, à la suite de la mort du père. Le malade aurait maigri de 12 kg et aurait présenté depuis ce temps là, une céphalée diffuse, de l'anorexie, des vomissements et de l'insomnie, ainsi qu'un tremblement des membres inférieurs.

Guérison par sismothérapie (quatre séances).

Ali F..., est l'aîné de sept frères et sœurs. Il poursuivait ses études secondaires, quand est survenue la mort de son père. Il a dû interrompre celles-ci pour s'occuper de sa famille. Dans les antécédents personnels, on note que le malade était asthmatique (traité en France) et qu'il appartient à une famille d'asthmatiques (son père et cinq de ses frères).

COMMENTAIRE :

Le syndrome dépressif est ici au premier plan. Toutefois, il n'est pas pur et le corps participe à l'émotion.

Les réaction de deuil sont souvent majorées. Dans les milieux bourgeois, surtout chez la femme, il est de bon ton d'avoir une syncope, pour exprimer son émotion ou son attachement à la personne qui vient de disparaître. L'émotion est jouée et la « scène » ne dure pas longtemps. Derrière ce masque, se cache le plus souvent une affectivité superficielle et c'est ce qui explique, peut-être, la rareté des syndromes dépressifs chez la femme.

OBSERVATION IV

Youssef, vingt ans, est hospitalisé pour un tremblement généralisé et un état de subexcitation. Il est légèrement débile mental. Il a fait une année d'études religieuses.

Les troubles sont apparus deux mois auparavant. A la suite d'une partie de cartes qu'il avait perdue, il a été pris d'un tremblement généralisé. Il présentait, en outre, un état de subexcitation avec agitation nocturne, chants, danses.

Guérison par sismothérapie (cinq séances).

Dans les antécédents du malade, on note qu'il participait aux transes de l'Aïssaouia en se tailladant le ventre avec un couteau.

COMMENTAIRE :

L'Aïssaouia est une sorte de confrérie, d'origine religieuse. Elle se réfère à un marabout, Ben Aïssa. C'est à partir du IV^e^ siècle hégirien (XI^e^ siècle grégorien) que les penseurs musulmans et en particulier les exégètes du Coran ont créé la notion de maraboutisme. En principe, le marabout est un homme qui a mené une vie exemplaire et dont l'action est inspirée par Dieu. A ce titre, il occupe une position privilégiée auprès de Dieu.

En fait, l'Aïssaonia est devenue une communauté qui recrute ses membres parmi les personnes capables d'avoir des transes, une troupe qui donne des représentations payantes.

Les transes sont provoquées par des incantations et des mouvements de flexion du tronc et de la tête, rythmiques et synchrones, sous la conduite et suivant la cadence du chef de la troupe.

Au bout de deux à trois heures (cela est très variable) d'incantations et de mouvements rythmiques qui deviennent de plus en plus saccadés, l'état de transe est obtenu. Chaque membre de la troupe présente alors son numéro. Le spectacle est varié. On y assiste à des scènes jouées (représentations d'animaux sauvages), mais surtout à des numéros « extraordinaires ». Les membres de la troupe avalent des clous, des scorpions, se jettent sur le feu, se tailladent le corps. Dans cette ambiance surchauffée, il n'est pas rare que des spectateurs se joignent à la troupe et contribuent ainsi au spectacle. Nous pensons que c'est le cas de notre malade.

Toutes ces exhibitions veulent prouver un état d'immunité contre les différents fléaux et en particulier un état d'anesthésie absolue. Au demeurant, tous les risques encourus sont couverts par Ben Aïssa et donc par Dieu. L'Aïssaouia ne semble pas être bien connue en Algérie. On la trouve surtout au Maroc.

En Tunisie, jusqu'à une époque relativement récente, elle était très répandue. Elle tend actuellement à disparaître, grâce à l'intervention de l'Etat.

Nous considérerons donc que notre malade a présenté des antécédents d'hystérie. A notre connaissance, il n'a pas présenté de récidives. Mais sa débilité mentale, jointe à ses antécédents, n'autorisent pas un bon pronostic.

OBSERVATION V

Sadok, vingt-six ans, est hospitalisé pour un tremblement généralisé et un bégaiement évoluant depuis huit ans, par exacerbation périodique, en rapport avec les émotions, les chagrins et les vexations.

Les troubles remontent aux « événements » de Tunisie, un soir où le malade s'est trouvé sous le feu des mitraillettes. Il avait alors dix-huit ans.

Il s'agit d'un débile mental qui a appris le Coran à l'âge de sept ans, qui n'a jamais abandonné la prière et qui ne croit pas aux remèdes populaires. Grande suggestibilité.

Guérison par contre suggestion et chlorpromazine.

COMMENTAIRE :

Le rôle de l'émotion semble, ici, déterminant. On sait que, dans ces conditions, les manifestations hystériques guérissent rapidement par la simple persuasion. Mais, étant donné la personnalité du malade et les nombreuses récidives qu'il a présentées, le pronostic doit être réservé.

OBSERVATION VI

Othman, soixante ans, journalier, est hospitalisé pour un état d'excitation datant de cinq jours, survenant par accès de plusieurs heures (deux à trois heures) pendant lesquels le malade se met à hurler, à gesticuler, à proférer des menaces (contre son employeur) et à sangloter. Puis il redevient tout à fait calme.

Ces troubles sont apparus le jour où le malade a appris qu'il était licencié, sans raison valable, pensait-il.

Dans le service il a été calme. Il est d'ailleurs d'un « caractère doux et enjoué ».

Guérison par chlorpromazine.

COMMENTAIRE :

Il s'agit d'une expression particulière de l'émotion, d'une décharge nerveuse, survenant chez un sujet dont la situation matérielle, déjà précaire, a été soudain aggravée par le licenciement. On peut penser que cette décharge le mettait à l'abri de la dépression.

Cette observation illustre bien la notion d'hystérie mâle des auteurs classiques, avec son caractère de protestation, de revendication à l'égard des conditions défavorables de la vie et sa fréquence dans la classe prolétaire.

De nos jours encore, les travaux de ROBINS et de ses collaborateurs ont souligné l'importance de cette notion.

OBSERVATION VII

Moncef K..., vingt-deux ans, artiste peintre, est adressé à la consultation externe pour « crises épileptiques récentes ». Il est hospitalisé avec le certificat suivant : « Idées délirantes d'ensorcellement, à la suite de chocs émotifs. Tachycardie interprétée comme l'effet d'un philtre d'amour. Polarisations érotiques et sexuelles. Hyperémotivité. Crises convulsives probablement hystériques. »

D'après le malade, les troubles remontent à l'année précédente. Il avait demandé une fille en mariage et, devant l'opposition de la famille, il y renonça et demanda la main d'une autre fille. C'est alors que la première fille aurait décidé de se venger de lui : elle l'invite chez elle et lui offre un café. « Depuis ce moment-là, ajoute le malade, tout a changé : insomnie, bouffées de chaleur, visions érotiques (filles nues). Je buvais beaucoup, pour oublier. Je ne pouvais plus travailler. »

Dans le service, le malade a présenté deux crises convulsives dans la première semaine de son hospitalisation.

L'électroencéphalogramme et le fond d'œil étaient normaux. La guérison symptomatique (disparition des troubles paroxystiques) est obtenue par un traitement vitaminique (thiamine et pyridoxine). Le malade quitte l'hôpital après un séjour de quatre semaines.

Dans ses antécédents personnels, deux faits sont à signaler :

— à dix-huit ans, il a été hospitalisé en France, à la suite d'une intoxication par la peinture ;

— à dix-neuf ans, il a été hospitalisé, également en France, pour une intoxication éthylique, à la suite de « déboires ».

Par contre, rien de significatif n'a été relevé dans ses antécédents familiaux.

Le malade s'est marié, mais il ne s'entend ni avec sa femme, ni avec ses beaux-parents.

Nous ne savons pas s'il a présenté des récidives. Nous savons seulement, avec un recul de trois ans, qu'il ne s'est plus présenté à cette même consultation.

COMMENTAIRE :

Envisagées dans leur contexte sociologique, les idées d'ensorcellement n'ont pas de quoi nous surprendre. En effet, la croyance aux philtres d'amour est assez répandue dans les milieux citadins, surtout à Tunis. Elle est entretenue par les femmes, souvent frustes et sans aucune instruction.

Nous pouvons même imaginer d'une façon schématique, que si le malade avait été d'origine provinciale, il aurait interprété ses troubles comme étant

l'effet d'une possession démoniaque plutôt que comme un effet de sorcellerie. Il y a là une différence, ne serait-ce que dans une perspective « thérapeutique ».

En effet, la croyance au Démon est une croyance strictement religieuse et, à ce titre, la possession démoniaque relève d'une « thérapeutique » générale, aussi bien que « légale »; l'intervention de Dieu est obtenue par la prière orale (magie du verbe), la prière écrite (talisman) et surtout, par l'offrande faite à un marabout qui, de son côté, interviendra efficacement auprès de Dieu.

Au contraire, la croyance au Sorcier est une croyance strictement antireligieuse et, à ce titre, l'ensorcellement relève d'une « thérapeutique » spécialisée, qui s'exerce d'une façon clandestine. Le « thérapeute » auquel on s'adresse (le plus souvent une femme), véritable guérisseur, assure de véritables consultations et prescrit de vrais remèdes, dont la diversité leur donne l'apparence d'être adaptés à chaque cas.

Dans le domaine des philtres d'amour, le thérapeute est bivalent : il est capable, naturellement, d'extirper le mal, mais aussi de rendre malade (d'amour) la personne que le consultant lui désigne. Il est évident qu'en face d'un tel « thérapeute », le médecin ne fait pas le poids.

En Algérie, Suzanne Taieb a consacré sa thèse de Médecine à l'étude des idées d'influence dans la pathologie mentale, en milieu musulman. Il semble bien que de telles croyances soient aussi répandues en Algérie qu'en Tunisie : cela se conçoit aisément. Par contre, l'auteur signale un fait qui nous semble original : « Des Européens ont recours à lui (le guérisseur musulman) et plusieurs de nos malades avouent avoir vu un marabout avant d'avoir fait appeler un médecin. »

Dans le cas de notre malade, une telle démarche ne semble pas avoir été faite dans la période qui a précédé la consultation médicale. Mais il est probable qu'elle l'ait été par la suite car, en toute logique, l'ensorcellement relève du guérisseur et non du médecin.

Au demeurant, nous avons des raisons de penser que la guérison obtenue était précaire : elle a porté sur les troubles paroxystiques actuels, laissant intact le terrain psychologique du malade que nous allons maintenant envisager.

Voici un jeune homme qui, selon toute probabilité, n'a pas pu s'adapter aux conditions de vie en France et qui, à l'âge de dix-neuf ans, a présenté une intoxication éthylique, en rapport, semble-t-il, avec un syndrome dépressif réactionnel. S'agissait-il d'une intoxication aiguë et d'une conduite suicidaire, cela nous semble possible. Rentré à Tunis deux ans après, il demande une fille en mariage; la famille de la fille s'y oppose. La fille l'invite chez elle, lui offre un café : les troubles éclatent. Le malade se réfugie dans

l'éthylisme. Il s'écoule environ une année entre l'apparition des troubles et la consultation médicale.

L'hyperémotivité de ce malade, son exaltation imaginative (visions de filles nues), ses polarisations érotiques et sexuelles semblent indiquer une certaine organisation hystérique de sa personnalité.

Son incapacité à s'adapter aux conditions de vie difficiles, la dépression réactionnelle qu'il a probablement présentée, le refuge dans l'éthylisme que le malade considère comme une solution à ses problèmes et qui, en l'occurrence, est un véritable symptôme névrotique, tous ces caractères enrichissent d'autant l'organisation névrotique de sa personnalité. Quant aux idées d'ensorcellement, elles peuvent certes se comprendre dans un contexte névrotique, encore qu'elles cadrent mal avec la personnalité de ce malade, qui n'est ni un débile mental ni un illettré.

Mais il n'est pas exclu qu'elles puissent s'organiser en un véritable délire d'influence et amener le malade à la désagrégation schizophrénique.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse d'un état névrotique ou, *a fortiori*, d'une étape de névrose prépsychotique, le pronostic doit être réservé.

OBSERVATION VIII

Hédi B..., vingt-trois ans, journalier, est hospitalisé avec le certificat suivant : « Réactions pithiatiques polymorphes, compensant des conflits affectifs et familiaux. Pseudo-impotence des membres inférieurs. Crises convulsives hystériques. »

D'après le malade, les crises convulsives sont apparues à la suite d'une dispute avec son frère. Elles duraient de quinze à trente minutes et survenaient à raison d'une crise par jour. « Depuis ma première crise, ajoute le malade, je ne peux plus marcher. »

La guérison des troubles paroxystiques a été obtenue par un traitement sismothérapique (6 séances) associé à la chlorpromazine (une ampoule injectable par jour).

Le malade a pu quitter l'hôpital après un séjour de cinq semaines. Dans les antécédents personnels et familiaux, rien de particulier n'a été signalé.

COMMENTAIRE :

Il semble que le malade n'ait pas présenté de récidives, en tout cas, pas à notre connaissance.

Nous aurions voulu avoir des précisions sur sa personnalité, sur la nature de ses conflits et sur les circonstances dans lesquelles les manifestations paroxystiques sont survenues.

Nous pouvons cependant dégager certains points. Par leur caractère explosif et leur déclenchement immédiat par rapport à la cause qui les a apparem-

ment provoquées, ces manifestations nous font penser à ce que KRETSCHMER a désigné, dans le cadre de sa typologie réactionnelle, sous le nom de « réaction primitive prématurée ». Pour KRETSCHMER, ce genre de réaction correspond aux mécanismes hystériques, sans qu'il en soit spécifique. D'autre part, l'allure massive de ces manifestations laisse peu de place à la « sincérité » du malade; il semble que nous soyons là plus près de « l'intentionnalité ».

La sismothérapie n'a pas été adoptée pour son action élective vis-à-vis des dérèglements thymiques. Pour le sens commun, l'électrochoc représente une thérapeutique héroïque : le choc psychologique ainsi créé est considérable. Quant au pronostic, il ne nous semble pas devoir être réservé, du moins avec les éléments d'appréciation dont nous disposons.

Cette observation nous semble comparable à celles des malades militaires : si la réaction à l'expérience vécue est de type névrotique, la personnalité sous-jacente ne présente pas une structure pathologique.

OBSERVATION IX

Abdelaziz G..., vingt-deux ans, engagé volontaire, titulaire du diplôme d'aide-soignant (diplôme militaire), est adressé à la consultation externe pour « crises épileptiques ». Il est hospitalisé avec le diagnostic de « crises hystériques ». Il s'agit d'un malade que nous avons suivi personnellement.

Histoire de la maladie :

C'est une longue histoire. Nous avons eu d'autant plus de mal à la reconstituer que le malade arrivait difficilement à grouper ses souvenirs et à les relier les uns aux autres d'une façon précise. Il fait remonter le début de ses troubles à une année auparavant, quelques mois après qu'il eut été muté dans l'Extrême-Sud. Il aurait présenté alors des douleurs gastriques post-prandiales, à type de crampes, survenant surtout le soir. Ces douleurs ont motivé une consultation en gastroentérologie : la radiographie de l'estomac n'a montré aucune anomalie.

Quelques mois plus tard, le malade se plaint de céphalée et de troubles visuels. Il s'agit d'une céphalée diffuse, survenant au moment le plus chaud de la journée, accompagnée d'un « voile » devant les yeux, comparable à « la colonne vertébrale d'un poisson », le tout durant quinze minutes environ.

Deux à trois mois après, le malade présente sa première perte de connaissance. « Ce jour-là, j'avais très mal à la tête. Je me préparais à faire une injection à un malade, je l'avais piqué, et puis j'ai perdu connaissance. Le malade a retiré l'aiguille et m'a aspergé d'eau fraîche. Je me suis relevé et lui ai fait l'injection. »

Ce jour-là, ajoute le malade, j'avais reçu une lettre désespérée de ma sœur : « Nous sommes sans le sou, nous pleurons... » Quinze jours après, deuxième perte de connaissance, d'une durée de quinze minutes environ. Le malade était seul, à l'infirmerie. Il a repris son travail aussitôt après.

Le malade est alors adressé à Tunis, pour une consultation en neurologie. Un fond d'œil est demandé, qui ne montre pas d'anomalies. Le médecin porte le diagnostic « d'état anxieux » et lui prescrit du méprobamate à prendre pendant six semaines (3 comprimés par jour).

Dans le train que le ramenait à Gabès, le malade présente une troisième perte de connaissance, semblable aux deux premières.

A la caserne de Gabès, où il a passé quelques jours, il présente une quatrième perte de connaissance. Il est alors hospitalisé pendant dix jours, puis adressé de nouveau à Tunis, mais à la consultation de neuro-psychiatrie, pour « crises épileptiques ». Il est admis, le jour même, à l'hôpital psychiatrique avec le diagnostic de « crises hystériques ». Laissé sans traitement pendant quinze jours, il n'a présenté aucun trouble paroxystique. Cependant, le jour même où nous devions prendre son observation (le malade le savait), il a présenté, juste à notre arrivée dans le service, une crise convulsive du type « attaque émotionnelle de Briquet » : « — Comment vous sentez-vous après la crise ? — Je me sens soulagé, moins triste. » C'est dans ces conditions que nous avons fait sa connaissance.

Biographie :

Abdelaziz est le cinquième d'une famille de sept enfants. A la mort de son père, il a dû interrompre ses études (deuxième année d'études secondaires) pour aider sa mère et ses deux sœurs plus jeunes que lui, ainsi que son oncle maternel, débile mental.

A dix-huit ans, il s'est engagé dans l'Armée et c'est là qu'il obtint le diplôme d'aide-soignant. Il a d'abord été nommé à l'Hôpital Militaire de Tunis, puis au bout de quelques mois, muté dans l'Extrême-Sud.

Le malade raconte que, dans son enfance, il avait des visions terrifiantes. Les yeux ouverts, complètement figé et terrorisé, il lui semblait voir, en noir et blanc, des animaux ou des personnes inconnues qui venaient le menacer. Cela durait quinze minutes environ, puis il s'endormait. Ses rêves étaient le plus souvent terrifiants.

Il a également présenté, à cet âge, un accès de somnambulisme : il s'est levé pendant la nuit et s'apprêtait à sortir avec l'oreiller sous le bras, comme pour aller à l'école. De plus, il signale une énurésie qui a disparu à l'âge de onze ans, sans traitement.

Paradoxalement, ce garçon, en proie à des accès de terreur, a un penchant marqué pour les films d'épouvante. Même quand il lui arrive de quitter la salle au milieu du film, il demande à ses amis de lui raconter la suite.

« Je n'ai pas le choix, explique-t-il, je n'aime aucun autre genre de films, sauf, peut-être, les films historiques où l'on voit des surhommes. »

Sa vie sexuelle semble normale ; cependant, il a peur des « maladies ».

Dans ses antécédents familiaux, il signale que son oncle maternel est un débile mental qui aurait présenté des bouffées délirantes.

Au terme de cet interrogatoire, un traitement à la thioridazine a été institué (30 mg par jour). La céphalée et les troubles visuels disparaissaient progressivement ; le sommeil redevenait plus calme et les visions terrifiantes moins fréquentes.

Cependant le malade a présenté, quinze jours plus tard, une perte de connaissance dans les circonstances suivantes : « J'étais allongé sur le lit pour dormir ; tout à coup, il m'a semblé voir un lion qui fonçait sur moi pour me dévorer. J'ai eu peur et j'ai perdu connaissance. »

Cette perte de connaissance avait été précédée de gémissements et accompagnée d'un spasme abdominal. Elle avait duré une minute environ.

Au total, le malade a présenté, dans le service, une crise convulsive avant la mise en train du traitement et cette perte de connaissance, sous traitement.

A la sortie de l'hôpital, nous avons demandé à l'Autorité Militaire de le réintégrer dans ses fonctions à l'Hôpital de Tunis, tandis que le traitement à la Thioridazine était poursuivi.

Nous avons pu revoir le malade deux mois après. Il nous a signalé une nouvelle perte de connaissance dans le bureau du directeur de l'hôpital, où il a été convoqué avec une dizaine de ses camarades. « Je croyais, dit-il, que j'allais faire l'objet d'une sanction » (à tort).

Nous avons dû cesser de suivre ce malade ; nous pensons le retrouver à notre retour en Tunisie.

COMMENTAIRE :

Deux points sont à considérer :

1) *Les troubles paroxystiques :*

La crise convulsive que le malade a présentée dans le service était manifestement hystérique.

Les crises lipothymiques qu'il a présentées avant son hospitalisation et la syncope qu'il a présentée dans le bureau du directeur pouvaient poser le problème des pertes de connaissance brèves et faire évoquer, en particulier, une origine épileptique. Elles étaient certes provoquées par l'émotion, mais nous savons que l'émotion peut parfois, chez un épileptique, favoriser une crise. En fait, ces crises n'avaient pas les caractères cliniques majeurs des crises épileptiques : la perte de conscience et l'amnésie post-critique. De plus, l'électroencéphalogramme était strictement normal.

2) *La personnalité du malade :*

Abdelaziz G... est d'intelligence normale. Sa personnalité est dominée par l'émotivité, l'anxiété, la tendance aux idées dépressives et aux préoccupations somatiques, et surtout, l'exaltation imaginative : « Je m'imagine la crise et je l'ai; quand je n'y pense pas, je ne l'ai pas, mais c'est difficile de penser à autre chose. »

D'autre part, nous avons été frappé par son altération du sens réel et son manque de lucidité vis-à-vis de son passé et des réalités psychologiques qui l'entourent. Nous avons enfin relevé une nette tendance mythomaniaque.

L'exaltation imaginative, la mythomanie, et surtout le manque de pénétration psychologique, appartiennent en propre à la personnalité hystérique.

C'est dans son attitude vis-à-vis de sa maladie qu'il s'écarte du pôle hystérique. La « belle indifférence » et le manque d'inquiétude font place ici aux idées dépressives et aux préoccupations somatiques. Il croit à sa maladie, pense qu'elle est grave, l'assume pleinement et proteste avec véhémence quand il est traité de simulateur. Sur ce point, il oscille entre le pôle hystérique et le pôle hypocondriaque.

En ce qui concerne les circonstances étiologiques, le malade fait remonter le début de ses troubles à la période qui a suivi sa mutation dans l'Extrême-Sud. D'abord, cette mesure a été ressentie par lui comme une brimade (à tort) ; de plus, les conditions de vie étaient particulièrement difficiles (il se faisait envoyer des provisions car il trouvait la nourriture trop mauvaise) et le malade n'a pas pu s'y adapter.

D'autre part, le malade se sentait écrasé par les responsabilités qu'il avait vis-à-vis de sa famille : « Je suis jeune et j'ai beaucoup de problèmes : je ne peux pas résister. » A quoi sa mère répondait : « Je n'ai que toi et tu vas peut-être mourir. » La maladie évoluait ainsi, dans une atmosphère dramatique.

Notons que le malade ne rapportait ses troubles ni à une possession démoniaque, ni à un effet de sorcellerie.

Mais, quelle que soit la part de « sincérité » du malade, ces troubles n'en comportaient pas moins un aspect revendicateur et utilitaire : nous retrouvons ici les caractères de « l'hystérie mâle », telle qu'elle a été définie par les auteurs classiques, notamment au Congrès de 1907.

Au total, cette personnalité nous semble très altérée. Pour cette raison d'une part, étant donné les antécédents du malade d'autre part, le pronostic doit être réservé. D'autant que les possibilités thérapeutiques nous semblent limitées. En effet, si l'isolement du malade, la psychothérapie de soutien et la chimiothérapie ont eu un effet positif incontestable sur les symptômes somatiques, ils n'ont eu, évidemment, aucun effet sur la personnalité même du malade.

Certes, l'indication d'une cure psychanalytique peut être évoquée ; mais, en l'occurrence, elle ne peut être envisagée, pour des raisons théoriques aussi bien que pratiques.

OBSERVATION X

Ali B..., vingt-six ans, est hospitalisé pour « outrage à agent de police ». Il s'agissait de sa huitième hospitalisation.

D'après le malade, ses troubles remontent à deux années auparavant. Sa famille a voulu lui imposer de se marier avec sa cousine et les fiançailles furent même célébrées, en son absence ; il s'était réfugié chez sa sœur mariée. Sa « fiancée »

est alors venue le voir à son lieu de travail : entrevue orageuse à la suite de laquelle la « fiancée » fut éconduite.

Quelques instants plus tard, le malade se trouvait au café, avec des amis. Il présenta alors une perte de connaissance avec chute, sans mouvements convulsifs. Aspergé d'eau fraîche, il se réveilla, hébété.

Trois mois plus tard, alors qu'il se trouvait chez lui, il présenta une deuxième perte de connaissance, avec perte des urines.

Dans le service, il a présenté plusieurs crises convulsives. L'électroencéphalogramme était normal ; l'activation par le cardiazol (20 cm^3) ne provoquait aucune décharge paroxystique.

Biographie :

Ali B... est le cinquième d'une famille de sept enfants. Il a obtenu le C.E.P. et a fait deux années d'études secondaires. Mais les études ne l'intéressaient pas particulièrement ; aussi les abandonna-t-il pour apprendre la mécanique et il devint mécanicien. Il travailla pendant cinq ans au garage Berliet : mais, par suite du départ en France de son patron, il fut licencié. Plus tard, il a eu des emplois saisonniers. Il se trouve en chômage depuis six mois. Il se préparait à partir en France quand il a été hospitalisé la dernière fois.

L'étude de ses antécédents personnels nous a révélé des troubles du comportement à type de violences, agressivité, instabilité et réactions médico-légales (outrages à agent de police) avec un appoint éthylique important, ainsi qu'une exaltation imaginative avec anxiété, cauchemars et visions de morts.

Dans ses antécédents familiaux, nous avons relevé trois points :

1) Sa mère, quarante-quatre ans, est suivie à la consultation externe depuis deux ans. Elle a été hospitalisée à deux reprises :
— pour une « dépression avec réaction hystérique à type de tremblement et de grincement des dents » ;
— pour une « mélancolie anxieuse, guérie par sismothérapie ».

2) L'un de ses frères serait épileptique.

3) La cousine maternelle aurait présenté une hémiplégie droite avec mutisme le lendemain d'une rupture de fiançailles (décidée par le fiancé).

Le malade a été traité à l'eau bidistillée (une injection intraveineuse pendant dix jours) et à la thioridazine (30 mg par jour).

L'efficacité de ce traitement a ete rapide. Le malade n'a plus présenté de troubles paroxystiques. « Depuis que j'ai les piqûres et les comprimés, je vais bien. »

Dans le service, il était très actif et très coopérant : « Je passe tout mon temps à l'atelier de mécanique. J'aime beaucoup le travail ; je n'aime pas être inoccupé. Je voudrais aller à l'étranger. » Cependant, à l'occasion d'une sortie d'essai, il s'en prend de nouveau au secrétaire du poste de police, qui est à l'origine de plusieurs internements du malade. De plus, une plainte était déposée contre lui pour « coups et blessures ».

C'est à ce stade évolutif que nous avons cessé de suivre ce malade.

COMMENTAIRE :

1) *Les troubles paroxystiques :*

Ils rappellent, dans leur déroulement, ceux que nous avons décrits dans l'observation précédente : deux pertes de connaissance avant l'hospitalisation, deux crises convulsives dans le service.

Ces troubles semblent avoir été déclenchés par l'émotion et la contrariété.

2) *La personnalité du malade :*

En faveur d'une structure hystérique, nous avons seulement relevé l'exaltation imaginative. Il est vrai que pour certains auteurs, l'hystérie est avant tout une maladie de l'imagination (MICHAUX).

Mais ce sont surtout les troubles du caractère et du comportement qui dominent cette personnalité. L'appoint éthylique n'est certes pas négligeable.

Quant aux antécédents familiaux, ils nous fournissent des arguments supplémentaires en faveur d'un terrain névrotique. La mère du malade a eu certainement des réactions hystériques ; pour le frère et la cousine du malade, nos renseignements ne sont pas absolument certains, puisque les troubles qu'ils ont présentés n'ont pas motivé l'hospitalisation.

Quoi qu'il en soit, le pronostic nous semble devoir être moins réservé que dans le cas du malade précédent. Il semble, en effet, que les difficultés sociales jouent un rôle considérable dans l'altération de la personnalité de ce malade.

Les troubles paroxystiques ont cédé au traitement ; il importe, par la suite, d'encadrer le malade et de lui donner la possibilité de travailler régulièrement et de vivre normalement. A cette condition, nous pouvons envisager un bon pronostic.

CONCLUSIONS

Nous avons rapporté 15 observations de malades militaires et 10 observations de malades civils.

Nous pensons qu'il est intéressant d'envisager les caractéristiques de ce matériel dans son ensemble, ensuite de comparer entre eux le matériel civil et militaire, et enfin de comparer notre matériel militaire avec celui qui a été étudié en Algérie pendant la dernière guerre.

I. — Etude d'ensemble

De l'étude d'ensemble de notre matériel, nous devons retenir les faits suivants :

- *Du point de vue des manifestations cliniques :*
  1) Les troubles paroxystiques représentent 52 % des cas. Alors qu'en Europe une telle proportion est représentée par l'astasie-abasie, nous n'en avons relevé aucun cas dans notre étude.
  2) Le tremblement a été observé dans 24 % des cas.
  3) Paralysie, contracture et mutisme se partagent le dernier quart des manifestations cliniques, en proportions égales.
- *Du point de vue diagnostique,* nous avons relevé un seul diagnostic hésitant à l'entrée.
- *Du point de vue des résultats thérapeutiques,* la guérison symptomatique a été obtenue dans 23 cas sur 25. Dans un cas, une « grande amélioration » a été obtenue et dans l'autre cas le traitement n'a donné qu'une « amélioration ».
- *Du point de vue étio-pathogénique,* nous avons relevé : en ce qui concerne le terrain mental : 8 cas de débilité, soit 32 %, et en ce qui concerne le terrain psychologique, dans 6 cas sur 25 (24 %), des éléments de déséquilibre psychique. Dans tous ces derniers cas, le pronostic semble devoir être réservé.

II. — Comparaison du matériel civil et militaire

Les différences les plus significatives sont les suivantes :

- *Du point de vue des manifestations cliniques :*
  1) La prédominance des manifestations paroxystiques chez les malades militaires : 60 % contre 40 % chez les civils.
  2) La richesse de la symptomatologie chez les civils : dans 6 cas sur 10, il y avait des symptômes psychiques associés aux manifestations nerveuses, avec des personnalités de type névrotique (60 % des cas).
     Au contraire, chez les militaires, nous n'avons relevé en aucun cas de symptômes psychiques associés.
     Ce point nous semble très important, car si dans le cas des malades militaires nous pouvons parler simplement d'un mode de réaction hystérique, au contraire, chez les civils, nous pensons qu'il s'agit de réactions hystériques avec des personnalités sous-jacentes de type psychopathique. On sait, dans ce cas, le pronostic réservé qui s'y attache.

- *Du point de vue socio-culturel,* nous avons relevé :
  — l'origine campagnarde des militaires ;
  — et l'origine citadine des civils.

- *Le niveau d'instruction nettement plus élevé chez les civils* (6 sur 10 ont fait des études secondaires).

- *Le niveau mental également beaucoup plus élevé chez les civils :*
  — 2 débiles mentaux sur 10 (20 %) ;
  — 6 débiles mentaux sur 15 (40 %).

III. — Comparaison des militaires tunisiens avec les militaires algériens

Les différences les plus significatives portent sur la fréquence des manifestations hystériques en milieu militaire et sur les résultats du traitement. Nous avons déjà fait les réserves qui s'attachent à cette comparaison.

Quoi qu'il en soit, sans prétendre tirer des conclusions statistiques, nous sommes en mesure de penser que les manifestations

hystériques ne sont pas très fréquentes en milieu militaire tunisien et moins fréquentes qu'en milieu algérien. En effet, pour une période aussi longue, mais en temps de paix, nous trouvons une trentaine de cas d'hystérie en milieu militaire tunisien, alors qu'en Algérie, dans le même milieu, 331 cas ont été observés pendant la dernière guerre mondiale.

D'autre part, durant les opérations militaires du Congo, sur un effectif de 5.000 hommes environ et pour une période de plus de deux ans, nous avons eu connaissance d'un seul cas de manifestations hystériques : le malade a dû être rapatrié. Naturellement, nous n'avançons ce chiffre qu'à titre indicatif.

Pour ce qui est des résultats thérapeutiques, nous avons relevé dans nos observations 14 guérisons et une amélioration pour 15 malades. La proportion est très importante.

Les publications algériennes n'indiquent pas la proportion des guérisons obtenues. Elles indiquent simplement la proportion des militaires réformés : 58 sur 331, ce qui représente près de 20 % d'échecs thérapeutiques, encore que la déduction n'ait pas une valeur absolue.

En ce qui concerne les décisions médico-militaires, nous avons relevé dans notre matériel militaire 5 décisions de réforme pour 15 malades, ce qui représente 33 % de réformés. Dans les 5 cas, la décision a été motivée par la débilité mentale du malade.

Au contraire, d'après les publications algériennes, la proportion de réformés est inférieure à 20 % : la différence est significative. Si nous admettons que la débilité mentale a motivé la totalité de ces décisions, force nous est de conclure que la débilité mentale a été observée avec une fréquence sensiblement inférieure en milieu militaire algérien.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM (K.). — Le premier stade prégénital de la libido. (Londres, Hogarth Press, 1949.)

ABSE (D.W.). — The diagnosis of hysteria. (London, John Wright and Sons, 1950.)

AJURIAGUERRA (J. DE). — Le problème de l'hystérie. (*Encéphale,* 1951, 40, n° 1, 50-87.)

ALEXANDER (F.). — La médecine psychosomatique. (Paris, Payot édit., 1952.)

ARIETI (S.). — Manuel américain de psychiatrie. (Basic Books edit., 1959.)

AZAM (Eugène). — Amnésie périodique ou dédoublement de la vie. (*Rev. Scientifique,* 20 mai 1876, t. X, pp. 481-489.)

— Le dédoublement de la personnalité. (*Rev. Scient.,* 16 septembre 1876, t. XI, pp. 265-269.)

— Le dédoublement de la personnalité. (*Rev. Scientif.,* 22 décembre 1877, t. XIII, pp. 577-581.)

— La double personnalité. (*Rev. Scient.,* 8 mars 1879, t. XVI, pp. 844-846.)

— Hypnotisme et double conscience. (Paris, Alcan édit., 1893, 375 p.)

BABINSKI (J.). — Paralysie hystérique systématique, paralysie faciale hystérique. (*B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 28 octobre 1892.)

— Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections. (*B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 11 novembre 1892.)

— Définition de l'hystérie. (*Soc. Neur. Paris,* novembre 1901.)

— Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme. (*Soc. Intern. Hôp. Paris,* 28 juin 1906.)

— Démembrement de l'hystérie. Le pithiatisme. (*Semaine Médicale,* 1909.)

— Œuvre scientifique. (Paris, Masson édit., 1934.)

BABINSKI et FROMENT. — Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe. (Paris, Masson édit., 1918.)

BARRE. — L'hystérie. (In *Traité de Médecine,* Masson, 1949, 16.)

BARUK (H.). — L'hystérie et les fonctions psychomotrices, étude psychophysiologique. (*Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bruxelles,* 1935.)

— Traité de psychiatrie. (Masson édit., 1959.)

BATAULT (E.). — Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme. (Paris, 1885.) (Cité par ROBINS et coll.)

BEAUNIS (H.). — L'expérimentation en psychologie par le somnambulisme. (*Rev. Phil.,* 1885, vol. 2, p. 1.)

BERNHEIM (E.). — Sommeil et somnambulisme. (*Encéphale,* 1912, t. I, p. 311.)

BERNHEIM (H.). — Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. (Paris, Doin édit., 1881, 518 p.)

— De la suggestion. (Paris, Doin édit., 1884, 108 p.)

— Automatisme et suggestion. (Paris, Alcan édit., 1917, 168 p.)

— L'hystérie. (Paris, Doin édit., 1913, p. 1, 436 p.)

BERTRAND (A.J.F.). — Traité de somnambulisme. (Paris, 1823, IV, 321 p.)

BÉZY. — *Rapport au Congrès de Toulouse,* 1895.

BINET (A.). — Etudes de psychologie expérimentale. (Paris, Doin, 1888, p. 248.)

— Les altérations de la personnalité. (Paris, Alcan édit., 1893, p. 87, 324 p.)

BINET (A.) et FÉRÉ (Ch.). — Le magnétisme animal. (Paris, Alcan édit., 1887, *passim,* 284 p.)

BINET (A.) et SIMON (Th.). — Hystérie. (*Année Psychologique,* 1910.)

BITOUN (G.). — Quelques aspects sociaux et cliniques de la psychiatrie en Algérie. (*Thèse,* Paris, 1958.)

BLEULER. — Théories psychophysiologiques dans le domaine de l'hystérie. (*Zschr. Ges. Neur. Psych.,* 1932, 141, 189.)

BOISSEAU (J.). — Les troubles secondaires de l'hystérie. Les associations pithiatiques primo secundo tertiaires. (*Ann. Méd. Psych.,* mars 1950, n° 3.)

— Hystérie et simulation. (*Ann. Méd. Psych.,* 1949, 2, pp. 121-167 et 249-286.)

BOISSEAU (J.) et GASTAUT. — Le problème de l'anesthésie hystérique et de sa réalité biologique. (*Ann. Méd. Psych.,* février 1948, n° 2, 113.)

BOSS (M.). — Introduction à la médecine psychosomatique. (Paris, P.U.F. édit., 1959.)

BOURNEVILLE (D.M.) et BONNAIRE (E.). — Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon. Guérison par l'hydrothérapie. (*Arch. de Neur.,* 1884, t. VII, pp. 86-100.)

BOURRU (H.) et BUROT (P.). — Les variations de la personnalité. (Paris, Baillière édit., 1888, 314 p.)

— Séance du 27 juillet 1885 de la *Société Médico-Psychologique ; — Arch. de Neur.,* septembre 1885, vol. 10, pp. 439-444 ; — *Ann. Méd. Psych.,* 1886, pp. 114-124.

— Un cas de neurasthénie hystérique avec double personnalité. (*Premier Congrès de l'Hypnotisme Expérimental et Thérapeutique,* Paris, Doin édit., 1889, pp. 228-240.)

Bowlby (John). — Personality and mental illness. (London, Kegan, French, Trubner and Co Ltd., 1940.)

Brachet. — Traité sur l'hystérie (1847).

Breuer (J.) et Freud (S.). — Etudes sur l'hystérie. (Paris, P.U.F., 1956.)

Briquet (P.). — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. (Paris, Baillière édit., 1859, 724 p.)

Brisset (Ch.). — Hystérie et pathologie psychosomatique. (*Rev. du Praticien,* 11 avril 1964, t. XIV.)

Broussole (P.) et Dubor (P.). — Cités par Delay.

Camuset (L.). — Un cas de dédoublement de la personnalité. Période amnésique d'une année chez un jeune homme hystérique. (*Ann. Méd. Psych.,* 1882, vol. VII, pp. 75-86.)

Charcot (J.M.). — Clinique des maladies du système nerveux. (1. Paris, 1892 ; 2. Paris, 1893, Bureaux du Progrès Médical.)

— Leçons du mardi à la Salpêtrière. (1. et 2. Paris, Bureaux du Progrès Médical.)

— Leçon sur la métalloscopie. (*Gaz. des Hôp.,* 1878.)

— Leçon sur les maladies du système nerveux. (1884-1885 et 1887-1889, Bureaux du Progrès Médical.)

Chaslin (P.). — Eléments de sémiologie et de clinique mentale. (Paris, 1912.)

Chertok (L.). — A propos de la découverte de la méthode cathartique. (*Bull. de Psych.,* novembre 1960, 184, XIV, 1-4, pp. 33-36.)

— L'hypnose. (Paris, Masson et Cie édit., 1959, p. 7.)

Chodoff (P.). — Aspects de l'hystérie de conversion. (*Psychiatry,* février 1954, 17, pp. 75-81.)

Chodoff (P.) et Lyons (H.). — Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion. (*Amer. J. Psychiatry,* 1958, t. 2, 114, pp. 734-740.)

Claude (H.). — Définition et nature de l'hystérie. (*Rapport au Congrès de Genève,* Lausanne, 1907.)

Congrès Intern. de Psychologie Physiologique, Paris, 6-10 août 1889. — *Comptes Rendus,* Paris, Bureau des Revues, 1890, 157 p.

Congrès (Premier) Intern. de l'Hypnotisme Expérimental et Thérapeutique, Paris, 8-12 août 1889. — *Comptes Rendus,* Paris, Doin édit., 1889, 367 p.

Congrès Intern. d'Hypnose et de Médecine Psychosomatique, Paris, 28-30 avril 1965. — *Comptes Rendus* à paraître.

Day (Sherman). — Historical collection of the state Pennsylvania. (Philadelphia, G.W. Gorton, 1843, 704 p.)

Delay (J.). — Etudes de psychologie médicale. (P.U.F., 1953, pp. 231-255, 255 p.)

— Introduction à la médecine psychosomatique. (Paris, Masson, 1961.)

— Perspectives psychosomatiques. (*Discours Inaugural du I^er^ Congrès Psychosomatique de Langue Française,* Vittel, 8 juillet 1960 ; — *Presse Méd.,* 8 octobre 1960, n° 44, pp. 1607-1612.)

— Similitude des accidents nerveux dus aux médicaments neuroleptiques et de certains troubles post-encéphalitiques. (*Discussion Soc. Méd. des Hôp.,* séance du 8 février 1957 ; — In *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 1957, 73, n° 4-5-6, pp. 127-128.)

Delay (J.), Bertagna (L.) et Lauras (A.). — Bégaiement pithiatique. Action du choc amphétaminique. (*A.M.P.,* 1952, t. 2, p. 244.)

Delay (J.) et Deniker (P.). — Etats hystéroïdes d'origine médicamenteuse. (*Acquisitions Médicales Récentes,* Ed. Méd. Flammarion, 1957, pp. 194-207.)

— Hysteria and drug-incluced hysteria-like states. (*II^e^ Congrès Mondial de Psychiatrie,* Zurich, 1^er^-7 septembre 1957 ; — In *Chemical Concepts of Psychosis,* N.Y., Mc Dowel Obolenski edit., 1958, pp. 221-330.)

— Hystérie et états hystéroïdes d'origine médicamenteuse. (*Canad. Psych. Ass., Journ.,* juillet 1958, 3, n° 3, pp. 132-144.)

— Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie. (Paris, Masson et Cie édit., 1961, pp. 139-155, 443 p.)

Delay (J.), Deniker (P.), Fourment (J.), Green (A.) et Ropert (Mme M.). — Nouveaux types d'accidents nerveux dus à un médicament neuroleptique : la prochlorpémazine. (*Ann. Méd. Psych.,* mars 1957, 115, I, n° 3, pp. 510-515.)

Delay (J.), Deniker (P.), Green (A.) et Mordret (Mlle M.Y.). — Le syndrome excitomoteur provoqué par les médicaments neuroleptiques. (*Presse Méd.,* 2 novembre 1957, 65, n° 79, pp. 1771-1774.)

Delay (J.), Deniker (P.) et Thuillier (J.). — Similitude des accidents nerveux de la prochlorpémazine avec certains troubles post-encéphalitiques. (*Ann. Méd. Psych.,* mars 1957, 115, I, n° 3, pp. 506-510.)

Delay (J.), Klotz (H.P.), Pichot (P.), Weil (F.) et Perse (J.). — Tétanie et hystérie. (*Encéphale,* 1961, 50, n° 5, pp. 437-449.)

Delay (J.) et Mallet (J.). — Applications du sodium amytal en neuropsychiatrie et en médecine psychosomatique. (*Encéphale,* 1948, 37, pp. 99-108.)

DELAY (J.), PICHOT (P.) et PERSE (J.). — Méthodes psychométriques en clinique. Tests mentaux et interprétation. (Masson édit., 1955, 1 vol., 327 p.)

DELEUZE (J.F.F.). — Histoire critique du magnétisme animal. (Paris, 1813, t. II, p. 77.)

DELGADO (H.). — Définition de l'hystérie. (*Encéphale,* 1952, 41, n° 4, pp. 313-321.)

DIDE (M.). — L'hystérie et l'évolution humaine. (Paris, Flammarion édit., 1935.)

DUBLINEAU (J.). — Le terrain convulsif. (*Ann. Méd. Psych.,* 1944, 102, 584.)

DUFAY (de Blois). — La notion de la personnalité. (*Rev. Scientifique,* 15 juillet 1876, t. IX, pp. 67-70.)

— La double personnalité. (*Double Conscience. Responsabilité,* 8 mars 1879, t. XVI, pp. 843-844.)

DU POTET et SENNEVOY. — *Journal du Magnétisme,* Paris, 1849, t. VIII.

DUPRÉ et LOGRE. — Hystérie et mythomanie. (*Rapport du Congrès d'Amiens,* 1912.)

DYNES (B.). — Méthode objective pour distinguer le sommeil de la transe hypnotique. (*Arch. Neuropsych.,* janvier 1947, 57, pp. 84-93.)

EY (H.). — Force et faiblesse des concepts génétiques et énergétiques de la psychopathologie de P. Janet. (*Bull. de Psychologie,* 4 novembre 1960, 184, XIV, pp. 50-55.)

— Introduction à l'étude actuelle de l'hystérie. Historique et analyse du concept. (*Revue du Praticien,* 11 avril 1964, t. XIV, n° 11.)

— L'hystérie. (*Gazette des Hôpitaux,* 1935, pp. 797-803 et 829-836.)

EY (H.), BERNARD (P.) et BRISSET (Ch.). — L'hystérie. (In *Manuel de Psychiatrie,* Masson et Cie édit., 1963, 2e éd., 1 vol., 1015 p., pp. 393-413.)

EYSENCK (H.J.). — Dimensions of personality. (London, Routledge and Paul Kegan, 1947.)

— The scientific study of personality. (London, Routledge and Paul Kegan, 1952.)

— Psychiatric diagnosis as a psychological and statistical problem. (*Psychol. Rep.,* 1955, I, pp. 3-17.)

— The inheritance of extraversion-intraversion. (*Acta Psychologica,* 1956, 12, pp. 95-110.)

— Dynamics of anxiety and hysteria. (London, Routledge and Paul Kegan, 1957.)

— Une conception moderne de la psychopathologie. (*Bull. de Psychologie,* 5 novembre 1960, 184, XIV, 1-4, pp. 56-58.)

EYSENCK (H.J.) and PRELL (D.). — The inheritance of neuroticism ; on experimental study. (*J. Ment. Sc.,* 1951, 97, pp. 441-465.)

FÉNICHEL (O.). — La théorie psychanalytique des névroses. (Paris, P.U.F., 1953.)

FERENCZI (S.). — Essai d'explication de quelques stigmates hystériques. (Londres, Hogarth Press, 1950.)

— Le phénomène de la matérialisation hystérique. (Londres, Hogarth Press, 1950.)

FREUD (S.). — Fragment d'une analyse d'hystérie. Le cas Dora. (In *Cinq Psychanalyses,* Paris, Denoël et Steele édit., 1935.)

— Remarques générales sur les attaques d'hystérie. (In *Pages Réunies,* Londres, Hogarth Press, 1948, II.)

— Fantaisies hystériques et leur rapport avec la bisexualité. (In *Pages Réunies,* Londres, Hogarth Press, 1948, II.)

— Trouble visuel psychogénique. (*Ibidem.*)

GUILLAIN (G.). — Il est injustifié et erroné d'oublier l'œuvre de J.-M. Charcot. (*Sem. Hôp. Paris,* 14 janvier 1949, 25, n° 4, pp. 147-160.)

GILLE DE LA TOURETTE. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie normale. (Paris, Plon édit., 1891.)

— Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie paroxystique. (Paris, Plon édit., 1895, 2 vol.)

HARTEMBERG. — L'hystérie et les hystériques. (Paris, Alcan édit., 1910.)

HESNARD (A.). — L'hystérie, névrose d'expression. (*Evol. Psych.,* 1937.)

— L'inconscient. (Paris, Doin édit., 1923.)

— Réflexions sur la psychologie de P. Janet. (*Rev. Fr. de Psychanalyse,* 1929, t. I.)

— Nouvelles réflexions sur la psychanalyse de P. Janet. (*Ibid.,* 1929, t. II.)

— Un parallèle Janet-Freud. (*Bull. de Psychologie,* 1-4 novembre 1960, 184, XIV, pp. 69-73.)

— Equivoque de l'inconscient. (*Ibidem,* pp. 74-81.)

HIPPOCRATE. — Œuvres complètes. (Ed. Littré, t. 8, p. 33.) (Cité par VOUTSINAS.)

HITSCHMANN et BERGLER. — La frigidité de la femme. (*Trad. Rev. Fr. Psychanalyse,* 1935, 2.)

ISRAEL-ROHMER (F.), GEISSMANN (P.) et NEVERS (Mlle J.). — L'E.E.G. des hystériques. (*Rev. Neur.,* septembre 1959, 101, n° 3, pp. 442-445.)

JAMES (W.). — Principles of psychology. (Dover Publications, 1950, 688 p.)

JANET (P.). — L'automatisme psychologique. (*Thèse de Doctorat en Philosophie,* Paris, Alcan édit., 1889.)

— L'état mental des hystériques. (*Thèse de Doctorat en Médecine,* Paris, Rueff édit., 1894.)

JANET et RAYMOND. — Névroses et idées fixes. (Alcan édit., 1898.)

JANET (P.). — Les névroses. (Paris, Flammarion édit., 1909.)

JASPERS (K.). — Psychopathologie générale. (Paris, Alcan édit., 1933.)

JUNG (G.). — Psychologie de l'inconscient. (Genève, Prad. R. Cahen-Georg, 1952.)

KLAGES. — Principes de caractériologie (trad. franç.). (Alcan édit., 1930.)

KNIGHT (R.). — *Bull. Men. Clin.*, 1953, 17, 1.

KRANZ (H.). — Le développement de la notion d'hystérie. (*Fortsch. Neurol. Psych.*, mai 1953.)

KRETSCHMER. — Psychologie médicale (trad. franç.)

— L'hystérie. (Paris, Payot édit., 1927, 2e éd.)

— L'hystérie. Réflexe et instinct. (Leipzig, 1948, Thieme édit., 1948, 156 p.)

LACAN (J.). — Le stade du miroir. (*Rev. Franç. de Psychan.*, octobre-décembre 1949.)

— L'instance de la lettre dans l'inconscient. (*Psychanalyse*, 1957, n° 9.)

LANDOUZY. — Traité complet de l'hystérie (1846).

LARUELLE. — Les psychoses hystériques (1908).

LAUNAY (Clément) et COL (Christian). — L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. (*Revue du Praticien*, 11 avril 1964, t. XIV, n° 11.)

LEGRAND DU SAULLE. — Les hystériques. Etat physique et mental. (Baillière édit., 1883.)

LEPOIX (Charles) (cité par E. ROBINS, J.J. PURTELL and E. COHEN-MANDEL. — *New Engl. J. Med.*, mai 1952, 246, 677.

LIÉBEAULT (A.). — Du sommeil prolongé et des états analogues. (Cité d'après la 2e éd., p. 62. Paris, Doin édit., 1889.)

LINDBERG (B.J.). — Psychoinfantilism. (*Acta Psychiatrica und Neurologica*, Copenhagen, Ejnar Munks Gaard, 1950, suppl. 61, 126 p.)

LJUNGBERG (L.). — L'hystérie : étude clinique, pronostique et génétique. (*Acta Psych. Neurologica Scandinavia*, 1957, suppl. n° 112.)

LOEWEINSTEIN et PARCHEMINEY. — L'hystérie de conversion. (*Encéphale*, 1933, n° 1.)

— L'hystérie de conversion. (*Encéphale*, 1938, n° 1.)

LOGRE. — Etat mental des hystériques. (In *Traité de Sergent*, 1924.)

MAINE DE BIRAN. — Magnétisme et somnambulisme. (In *Œuvres de Maine de Biran*, t. XI.)

— Défense de la philosophie. (Paris, Alcan édit., 1939, pp. 21-23, LXII, 592 p.)

— Nouvelles considérations sur le sommeil, les songes et le somnambulisme. (In *Œuvres de Maine de Biran*, t. V.)

— Les discours de Bergerac. (Paris, Alcan édit., 1925, p. 130, LXVII, 266 p.)

MALLET (J.). — La dépression névrotique. (*L'Evolution Psychiatrique*, 1955.)
— Hystérie de conversion. (*E.M.C.*, 1955, t. 2.)

MANCEAUX (A.), BARDENAT (C.) et SUSINI (R.). — L'hystérie chez l'indigène algérien. (*A.M.P.*, 1947, 105, 2/1, 1-34.)
— Sur quelques aspects des manifestations hystériques chez l'indigène nord-africain, en particulier en milieu militaire. (*L'Algérie Médicale*, 1946, 50/4, 321-329.)

MARIE (P.) et LÉVY (G.). — Le syndrome excito-moteur de l'encéphalite épidémique. (*Rev. Neurologique*, 1920, 36, 6.)

MARINESCO (G.) et NICOLESCO. — Sur un cas d'hystérie. (*Journal Méd. Psychiat.*, 1932, 1.)

MARINESCO (G.) et DRAGANESCO (S.). — Forme nouvelle de la maladie familiale d'origine extra-pyramidale caractérisée par des crises paroxystiques d'hypertonie. Ses rapports avec l'hystérie. (*Rev. Neurol.*, 1929, 51, 1.)

MARINESCO (G.), RADOVICI (A.), DRAGANESCO (S.). — Accès paroxystiques hypertoniques de déviation conjuguée de la tête et des yeux au cours du parkinsonisme post-encéphalitique. (*Rev. Neurol.*, 1925, 43, 1.)

MARMOR (Judd). — *Psychosomatic Med.*, mai-juin 1954, 16, 240.

MARTY (P.). — Le vomissement. (R. Foulon édit., 1948.)

MATARRAZZO (P.). — A propos de l'hystéro-épilepsie. (*Rass. Neuro-Psychiat.*, 1943, 3, n° 4, 328.)

MAUSS (M.). — Sociologie et anthropologie. (P.U.F édit., 1950.)

MESMER (F.A.). — Mémoire sur le magnétisme animal. (Paris, Didot édit., 1788, 88 p., p. 4.)
— Précis historique des faits relatifs au magnétisme animal jusqu'en avril 1781, p. 2, en traduction à Londres. (1781, 229 p.)
— Mémoire de F.A. Mesmer sur ses découvertes. (Paris, Fuchs édit., VII, p. 36, 110 p.)

MESNET (E.). — Le somnambulisme provoqué. (Paris, Rueff édit., 1894, p. 54.)

MINKOWSKI. — A propos des dernières publications de Pierre Janet. (*Bulletin de Psychologie*, 1er-4 novembre 1960, 184, XIV.)

MONTASSUT (M.), CHERTOK (L.) et GACHKEL (V.). — A propos d'une amnésie hystérique traitée par l'hypnose. (*A.M.P.*, février 1953, 207.)

MORTON (Prince). — La dissolution d'une personnalité. (Alcan édit., 1911.)

NOBLE (Douglas). — *Psychiat.*, 1951, 14, 153.

NOIZET (Général). — Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal. (Paris, Plon frères édit., 1854, 428 p.)

NYSSEN (R.). — Le problème de la constitution et du caractère hystérique. (*Acta Neur. Psych. Belg.*, février 1948, 48, n° 2, 4-56.)

OHM (G.). — Konversionsneurosen und deren Behandlung bei einfach strukturierten Menschen. (*Munch. Med. Wsch.*, 1954, 96/21, pp. 611-614.)

PARCHEMINEY. — Quelques aspects du problème de l'hypnose. (*Evol. Psych.*, 1932, 377.)

— Le problème de l'hystérie. (*Rev. Franç. Psychan.*, 1935.)

— Critique de la notion d'hystérie de conversion. (*Evolution Psychiatrique*, 1949, I, 47-60.)

— La conception de l'hystérie de Janet. (*Evolution Psychiatrique*, 1950, 3.)

— Exposé d'un cas d'hystérie. (*Encéphale*, 1954, 43, n° 1, 40-53.)

PASCHE (F.). — Le psychanalyste sans magie. (*Temps Modernes*, décembre 1949, n° 50.)

PAVLOV (I.P.). — Essai d'une interprétation physiologique de l'hystérie. (In *Typologie et Pathologie de l'Activité Nerveuse Supérieure*, Paris, P.U.F. édit., 1955.)

PICHOT (P.). — Les tests mentaux en psychiatire. (Paris, P.U.F. édit., 1941, I.)

— De Pierre Janet à Henri Sjöbring. (*Bulletin de Psychologie*, 1er-4 novembre 1960, 184, XIV, pp. 137-148.)

— L'hystérie de conversion dans les névroses. (*Horizons Médicaux*, 1960, n° 77, 19-28.)

PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. (Doin édit., 1891.)

POROT (cité par MANCEAUX, BARDENAT et SUSINI). — A propos du syndrome cataplectique.

— (cité par Suzanne TAIEB). — A propos du primitivisme et du fatalisme de l'âme indigène.

PROCTOR. — Hystérie dans l'enfance. (*Am. J. Orthopsych.*, 1928, 28, pp. 394-407.)

PURTELL, ROBINS, ELI and COHEN-MANDEL (C.). — *J.A.M.A.*, 1951, 146, 902.

PUYSÉGUR (AM.J. DE). — Mémoires pour servir à l'histoire du magnétisme animal. (*passim.*)

RACAMIER. — Hystérie et théâtre. (*Evol. Psych.*, 1952, XVII, 2, pp. 257-291.)

REICH (Wilhelm). — The hysterical character in character analysis. (N.Y., Orgone Institute Press, 1949.)

— L'analyse du caractère. Vision presse. (Londres, Peter Nevill edit., 1950.)

RIBOT (Théodule). — Maladies de la personnalité. (Paris, Alcan édit., 1885, 174 p.)

RICHER. — Etude clinique sur la grande hystérie et l'hystéro-épilepsie. (Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.)

RICHET (Ch.). — Les personnalités et la mémoire dans le somnambulisme. (*Rev. Phil.*, mars 1883, t. XV, pp. 225-242.)

RISEMAN (B.) et AAGESEN (W.J.). — Laryngeal neurosis incident to military service. (*Arch. Otolaryngol.*, 1946, 43, 22.)

ROBINS (E.), PURTELL (J.J.) and COHEN-MANDEL (E.). — Hysteria in men. (*New Engl. J. Med.*, mai 1952, 246, 677.)

ROMANO et ENGEL. — Etude sur la syncope. Différenciation entre l'évanouissement vaso-dépressif et hystérique. (*Psychosom. Méd.*, 1945, 7, pp. 3-15.)

ROSOLATO (Guy). — Introduction à l'étude de l'hystérie. (*E.M.C.*, 1962, t. II, 10.)

SARTRE (J.P.). — Esquisse d'une théorie de l'émotion. (Paris, Hermann édit., 1948.)

SCHNYDER. — *Rapport au Congrès de Genève*, Lausanne, 1907.

SOLLIER. — Genèse et nature de l'hystérie. (Alcan édit., 1897.)

SOUQUES (A.). — Etude des syndromes hystériques simulateurs. (Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.)

SUSINI (R.). — Aspects cliniques de l'hystérie chez l'indigène nord-africain en milieu militaire. (*Thèse*, Alger, 1947.)

TAIEB (Suzanne). — Les idées d'influence dans la pathologie mentale de l'indigène nord-africain. (*Thèse*, Alger, 1939.)

TRUBERT (A.). — Contribution à l'étude de l'hystérie et de la mythomanie. (Amédée Legrand édit., 1929.)

VALABREGA (J.P.). — Les théories psychosomatiques. (Paris, P.U.F. édit., 1954.)
— La relation thérapeutique. (Paris, Flammarion édit., 1962.)

VAN BOGAERT (L.). — L'hystérie et les fonctions diencéphaliques. Etude neurologique. (*Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bruxelles*, 1935.)

VOISIN (J.). — Note sur un cas de grande hystérie chez l'homme avec dédoublement de la personnalité. Arrêt de l'attaque par pression des tendons. (*Arch. de Neur.*, septembre 1885, vol. 10, pp. 212-225 ; — *Ann. Méd. Psych.*, 1886, I, pp. 100-114.)

VOUTSINAS (D.). — Hypnose, suggestion, hystérie. (*Bull. de Psychologie*, novembre 1960, 184, XIV, 1-4, pp. 161-189.)

WALLON (H.). — Pierre Janet, psychologue réaliste. (*Ibidem*, pp. 154-156.)

WEIL (F.). — Tétanie et troubles mentaux. (*Thèse*, Paris, 1960.)

WEIR MITCHELL (S.). — A case of double consciousness. (*Transaction of the College of Physicians of Philadelphia*, 4 avril 1888, vol. X, pp. 366-389.)

WEISS et ENGLISH. — La médecine psychosomatique. (Londres et Philadelphie, Saunders edit.)

WHITE (B.V.), COBB et JONES (G.M.). — La côlite muqueuse. (*Psychosom. Med.* Monographic Series, 1939, I.)

WITTELS (Fritz). — *Med. Rev. of Rev.*, 1930, 36, 186.

WOLBERG (L.R.). — L'hypnose médicale. (N.Y. Grune et Stratton edit., 1948, 2 vol., 513 p.)

ZIEGLER (F.J.) and IMBODEN (J.B.). — Contemporary conversion reactions. A conceptual model. (*Arch. Gen. Psychiat.*, 1962, 6/4, pp. 279-282.)

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Introduction 11

Chapitre II. — Aperçu historique 13
— *La théorie utérine de l'hystérie* 14
— *Charcot et l'école de la Salpêtrière* 15
— *Période contemporaine : le cadre actuel de l'hystérie* 25
— *L'hystérie en Afrique du nord* 34

Chapitre III. — Etude du matériel 38
— *Matériel militaire* 39
— *Etude du matériel civil* 51

Conclusions 67

Bibliographie 71

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV[e]